Le Progrès Médical

JOURNAL DE MEDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

TRENTE-TROISIÈME ANNÉE

3e SÉRIE. — TOME XX : 1904 (Juillet-Décembre)

Illustré de 39 figures dans le texte.

COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

ABADIE (CH.), AIGRE (D.), BALLET (G.), BARATOUX, (J.), BITOT (P.), BLANCHARD (R.), BOISSIER (F.), BONNAIRE (E.), BOUTEILLIER (G.), BURET, CARRIER, CHABBERT, CHARCOT (J.-B.), S. CLADO, CORNET (P.), CORNILLON (J.), DARIER, DAURIAC, DEBOVE, DEMMLER, Mme EDWARDS-PILLIET, FÉRÉ (CH.), FIAUX, GRAUX, JEANNIN, JOSIAS (A.), JOFFROY, KERAVAL, KŒNIG, KOUINDJY (L.), LANDOUZY, LONGUET, MAGNAN, MALHERBE (A.), MARIE (P.), MAUNOURY (G.), MAYGRIER, MIRALLIÉ, MONOD (CH.), MOREL, MUSGRAVE-CLAY (R. de), PAUL-BONCOUR (G.), PETIT-VENDOL (CH.-H.), PHISALIX, PIERRET, PITRES, PLICQUE, POULARD, POZZI, PUJOL, RAMOND (F.), RANVIER, RAOULT (A.), RAYMOND (F.), RAYMOND (P.), REGNARD (P.), RÉGNIER (L.-R.), REVERDIN, (de Genève), RICHER (P.), SCHWARTZ, SÉGLAS, SEVESTRE (A.), SOLLIER, SOREL (R.), TERRIER (F.), TROISIER, VIGOUROUX (R.), VILLARD (F.), YVON (P.), ZABOROWSKI.

CE VOLUME RENFERME, EN OUTRE, DES MÉMOIRES, DES LEÇONS OU DES REVUES

DE MM.

…thaud, Beauvois, Bozo, Brissaud. Cardamatis, Coudray, Dubar, Favre, Judet, Laffont, Laquerrière, Lombard, Maugeret, Maygrier, Pénières, Péchin, Sakorraphos. Terrien, Thébault, Urriola.

PARIS

AUX BUREAUX DU JOURNAL

14, RUE DES CARMES, 14

3e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XX. No 27. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 2 JUILLET 1904

Le Progrès Médical

AVIS IMPORTANT A NOS ABONNÉS

Renouvellement des abonnements.

L'échéance du 1er JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, et par suite de l'application du nouveau règlement, les frais de recouvrement des abonnements par la poste étant devenus très onéreux, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement expire le 30 juin, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement, soit DIX FRANCS pour la FRANCE, DOUZE FRANCS, pour l'ETRANGER et SIX FRANCS pour les ÉTUDIANTS. Ils pourront nous l'adresser par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée (nous prenons à notre charge les frais de 3 % prélevés par la poste); ou par une valeur à vue sur Paris.

Les mandats ou valeurs doivent être faits au nom du PROGRÈS MEDICAL ou de M. A. ROUZAUD, administrateur.

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE du journal.

Association corporative des étudiants en médecine de Paris.

L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris a tenu, le 20 juin, sa 4e assemblée générale semestrielle.

Des questions importantes ont été discutées, notamment celles relatives à la garde facultative des stagiaires dans les hôpitaux, la situation créée par la nouvelle loi militaire aux étudiants en médecine atteints par la limite d'âge et qui vont être rappelés sous les drapeaux. L'Association corporative également proteste contre les mots : *notes confidentielles*, mis dans la circulaire relative au nouveau mode de recrutement des externes et a décidé de demander à la Faculté la suppression des droits de bibliothèque pour les étudiants de 4e année qui ont fini leur scolarité. Les membres de l'Association s'etaient rendus nombreux à cette reunion et toutes les décisions prises l'ont été à l'unanimité.

RHINOLOGIE

Du traitement de la Rhinite atrophique par les injections interstitielles de paraffine ;

Par M. le Dr **BARATOUX**.

Les brillants résultats obtenus par l'emploi de la paraffine en injections sous-cutanées dans les cas de déformation du nez devaient encourager les opérateurs à utiliser ce même procédé dans certaines affections des fosses nasales, dans la rhinite atrophique en particulier. En effet, presque en même temps, les Drs R. Lake, Brindel et nous-même avions recours à cette méthode pour rendre aux cornets atrophiés leurs dimensions normales. Dès la séance du 7 mars 1902, de la Société de Laryngologie de Londres, le Dr Lake (1) communiquait le résultat du traitement obtenu chez une femme de 25 ans, atteinte d'une rhinite atrophique fétide. Quoique le traitement habituel ait fait disparaître les croûtes, la malade ne sentait pas néanmoins l'air passer en quantité suffisante par les fosses nasales : c'est ce qui décida le Dr Lake à essayer les injections de paraffine, sous la partie postérieure de ce qui persistait des cornets inférieurs. Malgré que l'accroissement total de la longueur obtenue ne fût pas énorme, le résultat final fut des plus satisfaisants et l'amélioration consécutive très appréciable. Le Dr Lake emploie une seringue actionnée par un piston à vis ; l'aiguille, de 3 pouces de long, est vissée sur l'instrument. Dans la *Revue hebdomadaire* du 24 mars 1902, le Dr Choussaud (2), qui publie un article sur la prothèse par les injections de paraffine, d'après le procédé d'Eckstein, ne parle de cette méthode qu'à propos d'ensellure du nez et dit aussi que le Dr Alt l'a utilisée pour obturer les fistules mastoïdiennes consécutives à certains traitements des inflammations chroniques de l'oreille moyenne, à la déformation du pavillon; il ajoute qu'on pourrait aussi l'appliquer pour remédier aux

(1) LAKE. — *Case of atrophic rhinitis in which melted paraffine has been injected into the inferior turbinate bodies with good results.* Lar. Soc. of London 1902, March. *Journ. of. Lar.*, 1902, XII, 5, 257.

(2) CHOUSSAUD. — *Prothèse par les injections de vaseline; procédé de Eckstein. Revue hebd. de lar.*, 1902, 13, 364-381.

déformations consécutives, aux sinusites frontales, mais il n'est pas question de traitement de l'ozène. Si j'insiste sur ce point, c'est que le Dr Choussaud, dans sa thèse, soutenue quelques jours auparavant, le 21 mars 1902, rapporte justement quelques observations d'atrophie des cornets traitée par les injections de paraffine. Or, à ce moment, nous-même, nous avions également pensé à employer la paraffine, comme nous l'avons dit dans le n° d'avril de la *Pratique médicale* et dans le n° du 17 mai du *Progrès médical*, où nous conseillons l'emploi d'une paraffine fondant à 52° pour la réfection des cornets, dans lesquels nous injectons au maximum deux ou trois centimètres cubes de cette substance en plusieurs séances.

Dans sa thèse, le Dr Choussaud rapporte qu'à l'instigation du Dr Moure, son aide de clinique, le Dr Brindel, chercha à appliquer la méthode des injections de paraffine au traitement du coryza atrophique. Il en communiqua le résultat à la Société française d'otologie, le 7 mai 1902. Aux sept observations citées par le Dr Choussaud, le Dr Brindel en ajoute trois nouvelles.

Sa première tentative remonte au 14 février 1902; elle fut faite chez un jeune homme auquel il fit une injection interstitielle de paraffine. « A gauche, dit-il, à la deuxième reprise, je vois le cornet inférieur, sous l'effet de l'injection, se gonfler d'avant en arrière et acquérir les dimensions d'un cornet hypertrophié et j'ai injecté 4 centimètres cubes. A droite, trois tentatives demeurent sans résultat. La quantité injectée et à peu près nulle : ma paraffine se refroidit trop vite dans la canule et en obstrue la lumière. »

Cet opérateur se sert d'une paraffine qu'il appelle paraffine d'Eckstein dont le degré de fusion est entre 60° et 65°.

Cette paraffine injectée en grande quantité (4 à 5 cent.) à un degré de fusion élevé, a produit dans deux cas une phlébite de la veine faciale.

« Ces deux malades, rapporte M. Brindel, éprouvèrent des souffrances assez vives dans l'orbite correspondant et eurent un œdème très prononcé de la joue et de la paupière inférieure. Au début et après la disparition du gros empâtement des premiers jours, la veine faciale se dessine très nettement sous forme d'un cordon très dur et douloureux. Sous l'influence de pansements humides, les souffrances se calmèrent et la tuméfaction disparut, ainsi que la sensibilité à la pression. Peu à peu, en un mois environ, le cordon dur s'effaça à son tour et tout rentra dans l'ordre.

« J'avais fait, chez ces deux malades, des injections de 4 à 5 centim. cubes de paraffine, en une seule fois, en piquant mon aiguille sur la tête du cornet inférieur. J'ai attribué à la trop grande quantité de médicament et au siège de mon injection, la cause de cet incident qui aurait pu avoir peut-être des conséquences plus sérieuses. »

Instruit par ces accidents, le Dr Brindel a depuis modifié sa tactique. Voici comment il procède :

« Je me sers d'une seringue métallique dont le corps est entouré par un gros manchon de caoutchouc et dont le piston, métallique lui aussi, a un manche gradué. Une aiguille de Potain, coudée près de son pavillon, se visse à l'extrémité de la seringue ; le joint est rendu hermétique par la présence d'une petite rondelle de cuir. Seringue et aiguille sont préalablement stérilisées par l'ébullition et mises dans une solution de cyanure très chaude (65°, 70° et 80°).

« La paraffine, stérilisée elle aussi, la même que celle employée par Eckstein, est fondue au bain-marie, puis aspirée dans la seringue et remise dans l'eau presque bouillante.

« Un nettoyage méticuleux est opéré dans la fosse nasale, dont la muqueuse est cocaïnée sur tout le trajet du cornet inférieur.

« Tenant mon spéculum de la main gauche, et ma seringue garnie et très chaude de la main droite, je passe rapidement l'extrémité de mon aiguille, seule libre, le reste étant enveloppé de caoutchouc, dans une flamme à alcool ou au-dessus du bec de gaz qui se trouve à ma portée. Je pique vivement, et aussi loin que je le peux, la muqueuse du cornet inférieur et je pousse lentement, mais avec une certaine force, le piston de ma seringue. Si la paraffine n'a pas eu le temps de se solidifier à l'extrémité de l'aiguille, si l'extrémité effilée de cette aiguille est bien entre la muqueuse et le tissu osseux, on voit se reconstituer ce cornet, sans la moindre douleur pour l'opéré.

« Une seconde après, la paraffine est solidifiée et on peut en retirer sa seringue sans inconvénient.

« J'injecte de la sorte 2 à 3 centimètres cubes à la partie postérieure du cornet inférieur et j'achève, dans une autre séance, si besoin est, la reconstitution du cornet » (1).

L'auteur attribue ses insuccès à la paraffine qu'il emploie. En effet, cette substance, qui fond à 65°, se solidifie très rapidement si on ne la maintient pas à une température voisine de son point de fusion. Il est encore difficile de conserver cette température élevée à l'aiguille, ainsi qu'à la seringue bien qu'entourée d'un manchon de caoutchouc. En outre, l'aiguille enfoncée de 5 à 6 centimètres et entre les fosses nasales, dans un cornet atrophié, peut quelquefois ressortir en dehors de la muqueuse sans qu'on s'en aperçoive, et la paraffine tombe dans le méat inférieur, sur le plancher des fosses nasales, ou coule en se solidifiant dans le nasopharynx. Dans ce cas, il est inutile de tenter une nouvelle injection, car la paraffine sort par les orifices créés à la première tentative ; il vaut mieux remettre à quinzaine un nouvel essai.

La veille de la communication du Dr Brindel, le Dr Broeckaert faisait connaître à la même société le résultat de ses recherches sur deux malades opérés le 25 avril et le 2 mai (2). Pour éviter les phénomènes inflammatoires et pour faciliter l'injection, M. Broeckaert se sert de paraffine fondant à 50°. En même temps, il incorpore à cette masse, dans la proportion de 5 à 10 %, du gaïaforme. Le gaïaforme est une combinaison de l'aldéhyde formique avec le gaïacol, deux puissants antiseptiques qui peuvent avoir une action curative sur l'ozène, en détruisant en quelque sorte le germe morbide sur place.

Le gaïaforme, insoluble dans l'eau, mais soluble dans les solutions alcalines diluées, conserve toutes ses propriétés quand on le chauffe à 70° ; il n'est donc pas décomposé par la fusion de la paraffine. La seringue qu'emploie le Dr Broeckaert est courte et large, d'une contenance de 3 centimètres cubes et se manie facilement d'une seule main. La tige du piston est en amiante. L'aiguille conique, en argent, à diamètre très large, est terminée par une pointe de platine iridié. Dans le premier cas auquel il a eu recours, le Dr Broeckaert, à la

(1) BRINDEL. — *Nouveau mode de traitement du coryza atrophique ozénateux par les injections interstitielles de paraffine*. Soc. fr. d'otologie 1902, mai.

(2) BROECKAERT. — *Sur les injections de paraffine en oto-rhino-laryngologie*. Soc. fr. de Lar. 1902, 6 mai.

suite d'une nouvelle injection, a vu se développer une phlébite de la veine faciale : cet accident local n'a pas eu de suite, mais il est survenu presque en même temps un léger infarctus pulmonaire qui a guéri rapidement. « Il s'agit là, dit-il, d'une complication assez sérieuse et imputable à des fautes de technique. »

Aussi au nouveau malade qu'il opère et dont il rapporte le cas à la Société belge d'otologie (1er juin 1902), il n'injecte qu'un centimètre cube, préférant recourir à des séances multiples et espacées (1). A la réunion de la Société française de laryngologie, le Dr Délie fit également connaître le résultat des essais tentés sur quelques malades avec différentes combinaisons de paraffine. Pour lui, il donne la préférence à la vaseline américaine qui, à l'instar de la vaseline blanche ordinaire allemande, est stable, directement tirée du pétrole, moins blanche et plus solide que cette dernière ; son point de fusion est de 41°5 (2).

Un mélange de cette paraffine et de paraffine liquide donne la vaseline ordinaire fusible de 38 à 40°. 4 parties de paraffine solide et 6 parties de paraffine liquide donnent un produit fusible à 44°. 5 parties de paraffine solide et 5 parties de paraffine liquide donnent un corps fusible à 48°. 6 parties de paraffine solide mêlées à 4 parties de paraffine liquide donnent un produit fusible à 50°. 8 parties de paraffine solide et 2 parties de paraffine liquide donnent un produit fusible à 56°. La paraffine solide pure, dont la force de fusion varie de 74 à 80°, n'est pas utilisable.

Pour les cavités nasales, on se sert de paraffines à point de fusion inférieur. A cet effet, le Dr Délie donne la préférence à un mélange de 10 parties de vaseline américaine pour 2 parties de paraffine solide. Grâce à l'injection lente et continue, la muqueuse se soulève et récupère en quelques jours sa coloration normale ; elle est rose et humide. L'injection se fait au moyen d'une seringue de Pravaz terminée par une aiguille droite ou recourbée, de 10 centimètres de long. La quantité de liquide injecté ne doit pas dépasser un centimètre cube par injection. Avant de renouveler un nouvel essai, il faut laisser s'écouler un intervalle d'une dizaine de jours. Le Dr Weissmann, au dire du Dr Cazeneuve, avait aussi fait quelques essais d'injection de vaseline dans les cornets atrophiés, mais les résultats n'en ont pas été publiés.

Cazeneuve (3) dans sa thèse, après avoir étudié différents mélanges de paraffine, donne la préférence à une paraffine fusible vers 50°, en recommandant toutefois de ne pas se servir d'un corps dont le point de fusion atteigne 60°. Il a utilisé ce traitement chez quatre malades atteints d'atrophie des cornets, mais ses essais ne réussirent que dans un seul cas. Il faut dire que l'atrophie était extrême et la muqueuse très mince ; aussi ne put-il soulever la muqueuse : la paraffine coula sur le plancher des fosses nasales. Il essaya de nouveau ce procédé chez une de ses malades, mais il échoua de nouveau.

Pour le Dr Cazeneuve, « il n'est pas douteux que dans tous les cas où l'injection a réussi, les malades ont été considérablement soulagés. On observe parfois et dès les premiers jours une rhinorrhée assez forte. Mais les croûtes ne se forment plus et la punaisie disparaît. Le malade se croit guéri. Il lui semble qu'il respire mieux. Il n'a plus en effet cette sensation d'obstruction nasale particulière à l'ozéneux.

Mais c'est là le point important, le malade ne dégage plus d'odeur fétide. Quand on examine le nez ainsi reconstitué, on constate la *disparition des croûtes*. Les cornets ont repris leur dimension normale et leur coloration rosée. La muqueuse est humide et, touchée avec un stylet, paraît plus dure. L'influence mécanique de l'injection n'est pas douteuse. Il est certain que, par suite de la diminution du calibre des fosses nasales, le courant d'air respiratoire se fait mieux. Le desséchement et la putréfaction des sécrétions ne se produisent plus. »

Le Dr R. Lake (1) revient à son tour sur ce sujet et dit qu'il emploie une injection de 2 centimètres cubes de paraffine fusible à 42°. Comme contre-indication, il indique l'extrême minceur de la muqueuse, qui est telle que sa rupture et par conséquent la fuite du liquide injecté se produit dès l'introduction des premières gouttes.

Il signale à son tour, comme tous les auteurs, la disparition des cornets et de la mauvaise odeur. Le Dr Lescure, dans sa thèse inaugurale, nous donne la méthode employée à ce moment à la clinique du Dr Moure (2). On se sert d'une paraffine fondant à 65°. On l'injecte au moyen d'une seringue métallique de 5 à 6 centimètres cubes, dont le corps est entouré d'un manchon de caoutchouc et dont le piston métallique, lui aussi, a un manchon gradué. Une aiguille de Potain, coudée près de son pavillon, se visse à l'extrémité de la seringue. Après nettoyage méticuleux de la paroi nasale de l'opéré, on cocaïnise la muqueuse sur tout le trajet du cornet inférieur, au moyen d'un tampon imbibé d'une solution de cocaïne.

L'injection se fait soit dans la cornet, soit dans la cloison (3), ou même dans le plancher de la fosse nasale. C'est un moyen tout aussi bon d'obtenir un rétrécissement de la cavité et qui donne d'ailleurs de très bons résultats. On injecte alors lentement, mais avec force, deux ou trois centimètres cubes de paraffine, à la partie postérieure du cornet inférieur.

Depuis, à la seringue d'Eckstein, le Dr Brindel a substitué un nouveau modèle : le corps de pompe et le piston sont en métal, seule la partie supérieure est en ivoire. Cette seringue a une capacité de 5 centimètres cubes.

La seringue est placée dans une petite auge échancrée légèrement sur une de ses extrémités, de manière à laisser dépasser la partie en ivoire de la seringue. L'auge est aux trois quarts remplie d'eau maintenue en ébullition par une petite lampe à alcool. Le pot de paraffine est placé dans l'eau. « La seringue, munie de l'aiguille, aspire à différentes reprises l'eau bouillante, puis, une fois réchauffée quelques centimètres cubes de paraffine fondue. Ainsi chargée, elle est plongée dans l'eau bouillante, le collet de la seringue retenu dans l'échancrure du bord de l'auge, la partie en ivoire se trou-

(1) Broeckaert. — *Traitement de l'ozène par la restauration des cornets au moyen de paraffine gaïaformée.* Soc. belge otorh. lar., 1902, 1er juin.

(2) Délie : *Application des produits paraffinés dans les déformations et les affections du nez.* Soc. française de lar., 1902, mai.

(3) L. G. Cazeneuve. — *Des injections prothétiques de paraffine, applications en oto-rhino-laryngologie.* Thèse de Paris, 1902, 26 novembre.

(1) R. Lake. — *The restoration of the inferior turbinated body by paraffin injections in the treatement of atropic rhinitis. Lancet*, janvier 17, 1903.

(2) J.-B. Lescure. — *Du coryza atrophique ozénateux. Essai sur un nouveau traitement par les injections interstitielles de paraffine.* Thèse de Bordeaux 1903, 28 janvier.

(3) A ce propos et tout simplement pour prendre date, nous indiquons ici que nous utilisons ce moyen pour les opérations dans le cas de déviation du septum. Nous décollons ainsi la muqueuse du côté normal et nous traitons alors l'autre côté comme une simple crête en conservant la muqueuse comme nous le publierons ultérieurement.

vant à l'air libre, ne subissant pas, par conséquent, l'action de la température de l'eau. »

« Partout où l'on réussit à injecter la paraffine, celle-ci reconstitue à peu près exactement la topographie normale de la fosse nasale. Les cavités nasales ramenées à leur calibre normal, le courant d'air est plus violent, le balayage, pour ainsi dire, s'opère mieux et l'expulsion des croûtes est aisée. La sensation de gêne éprouvée par le malade disparaît... Il semble aux malades que l'air passe plus facilement, alors que le contraire est seul exact. »

« Si l'on fait, quelque temps après, l'examen rhinoscopique du sujet, on est frappé de l'état des cornets, on croirait avoir affaire à des cornets hypertrophiés. »

Le Dr Lescure signale, dans une observation, un cas curieux de migration de la paraffine chez un malade auquel on avait fait plusieurs tentatives demeurées infructueuses. Le malade présentait vers l'angle interne de l'œil gauche une tumeur saillante, indolore à la pression. Après une petite incision linéaire faite à ce niveau, on procéda à l'ablation de deux fragments de paraffine. La paraffine avait-elle suivi la voie cellulaire ou la voie veineuse, ou avait-elle suivi le trajet du canal nasal ?

Revenant sur sa communication antérieure, le Dr Broeckaert (1) annonce à la Société belge d'otologie qu'il a étudié avec le plus grand soin tous les détails de la technique et que de plus il a pratiqué des examens au microscope, pour rechercher l'influence de la paraffine sur ces tissus hypertrophiés. Après avoir essayé les paraffines à 60° 55°, 50 et 45°, il s'est arrêté finalement à cette dernière, à laquelle il attribue les avantages suivants :

« 1° Par sa solidification relativement lente, la technique est rendue beaucoup plus facile. L'injection se fait donc avec moins de rapidité et l'opérateur peut réaliser la reconstitution du cornet sous une très faible pression.

« 2° Les dangers d'une phlébite consécutive à l'injection semblent diminués en raison de l'abaissement de température qui ne doit plus dépasser 50° ».

Si l'on emploie une paraffine à point de fusion élevé, tout le bloc s'entoure d'une coque fibreuse, tandis que la paraffine à 45° se laisse infiltrer de phagocytes et produit ainsi une réaction plus intense et plus diffuse. De plus, bien que les caractères de la paraffine à 45° se rapprochent beaucoup de ceux de la vaseline et de certains mélanges de vaseline et de paraffine, M. Broeckaert conseille de donner la préférence à cette paraffine dont la consistance est plus ferme et la résorption presque nulle.

L'injection d'un à deux centimètres se fait soit dans les cornets, soit dans la cloison, soit même dans le plancher des fosses nasales. Après l'injection, les cornets sont reconstitués, quelque peu turgescents, ils ont leur coloration normale. Les croûtes et les mucosités épaisses, ainsi que l'odeur nauséabonde ont disparu. L'odorat même revient dans certains cas.

Revenant sur la question des injections de paraffine, le Dr Cazeneuve (2) commence par rejeter la vaseline comme substance prothétique, comme du reste le font la plupart des auteurs actuels. Vu son point de fusion peu élevé, elle peut se liquéfier dans le corps, comme on l'a observé plusieurs fois; de plus, elle s'étale entre les interstices du tissu cellulaire ; enfin après sa pénétration dans l'organisme, il se produit une réaction cellulaire plus ou moins intense, ainsi que l'ont signalé plusieurs auteurs. Des quantiés de leucocytes entourent la vaseline et cherchent à la pénétrer. Cette masse se laisse infiltrer, pendant que le tissu conjonctif prolifère.

« Au bout de quelque temps, il se produit une sorte de combinaison entre la vaseline et le tissu conjonctif. Sur les coupes pratiquées, en effet, quelques semaines après l'injection, on constate que la masse de vaseline est traversée par des trabécules de tissu conjonctif néoformé : il se fait une sorte de cloisonnement, un fin réticulum connectif circonscrivant les loges celluleuses remplies par des globules de vaseline. Autour de la masse centrale rayonnent, dans les régions circonvoisines, d'autres globules de vaseline plus ou moins séparés par des cellules de tissu conjonctif en prolifération. Cette masse centrale subit une désagrégation lente, plus visible à sa périphérie. La vaseline subit comme une espèce d'émulsion et les globules, émigrant lentement, seront probablement tôt ou tard absorbés par les lymphatiques ».

« Stein a émis l'opinion que la vaseline se résorbait, il est vrai, toute entière, mais qu'elle était remplacée par du tissu conjonctif néoformé, égal en volume à celui de la vaseline résorbée ». Cette théorie ne s'est pas vérifiée : on a pu constater la résorption complète de la vaseline quelques mois après l'injection.

La vaseline offre encore un autre inconvénient, c'est qu'elle ne se solidifie pas au moment où elle atteint son point de fusion, mais bien au-dessous, quelquefois à 5 ou 6° au-dessous.

Quant aux mélanges de vaseline et de paraffine, il est difficile de les obtenir toujours identiques.

Ces diverses raisons ont amené le Dr Cazeneuve à employer une paraffine fusible entre 45° et 50°. La seringue, l'aiguille, le lot de paraffine et un récipient de verre rempli d'eau filtrée et stérilisée sont plongés dans une étuve spéciale à régulateur maintenant la température à 60°.

Après avoir rempli de paraffine la seringue toute montée, l'opérateur aspire dans celle-ci une petite quantité d'eau filtrée, pour empêcher la solidification de la paraffine dans l'aiguille. Les cornets ne tardent pas à reprendre leur dimension et leur coloration normales, mais *l'injection de paraffine dans les cornets n'a pas d'influence sur la formation des croûtes.*

Sur une série de 70 malades ayant été traités par des injections interstitielles de paraffine, les Drs Moure et Brindel signalent les résultats qu'ils ont obtenus (1).

Sur ces 70 malades, 133 fosses nasales seulement étaient atteintes ; chez 7 malades, la lésion était unilatérale. De ces 133 fosses nasales, 10 ont été perdues de vue, c'est-à-dire non revues après l'injection, reste donc 123. Sur ces 123 fosses nasales, il y a eu 76 guéries et 33 améliorées ; 14 n'ont obtenu aucun résultat appréciable.

Par amélioration, ces auteurs entendent : suppression de l'odeur et des croûtes, mais sécrétion de matière visqueuse dont la persistance est un signe de gué-

(1) Broeckaert. — *Les injections de paraffine appliquées au traitement de l'ozène. Soc. belge d'otologie et de laryng.* 1903, juin.

(2) G. Cazeneuve. — *Des injections prothétiques de paraffine en oto-rhino-laryngologie. Annales des maladies de l'oreille,* 1903, XXIX, 6, 516.

(1) E.J. Moure et Brindel. — *Résultats des injections de paraffine faites dans la muqueuse pituitaire chez 70 malades atteints de coryza atrophique eczémateux-type.* (*Rev. hebd. de lar.* 1903, n° 1, 417-427).

rison encore imparfaite. Ces résultats se maintiennent : les uns depuis 18 mois, les derniers depuis 7 mois.

Comme accidents consécutifs à l'opération, MM. Moure et Brindel signalent principalement, au niveau des racines dentaires, de petites *douleurs névralgiques* d'une durée de deux ou trois jours.

La phlébite de la veine faciale a été observée 5 fois sur ces 70 malades ; ajoutons qu'elle n'a offert aucune gravité ; dans ces cas, la douleur ressentie par les malades varie de quatre à huit jours et est calmée par les pansements humides.

Chez deux sujets, de petits fragments de paraffine ont émigré sous les téguments cutanés de la face. Un malade en présentait un arrondi sur le milieu du front et un deuxième dans l'angle rentrant formé par la racine du sourcil et des os propres, en-dedans et au-dessus de l'angle interne de l'œil.

Chez un autre malade on en vit un, à un demi-centimètre environ au-dessous du trou orbitaire. Une petite incision au bistouri et un grattage à la curette font disparaître la nodosité. Chez deux malades, la paraffine, injectée une fois sur le plancher, une autre fois dans le cornet inférieur, s'est éliminée spontanément. Il faut dire toutefois que dans un de ces cas, il s'est produit à deux reprises différentes un coryza aigu qui amena le développement d'ulcérations superficielles, sur une grande partie de la longueur du cornet. Quelques lavages antiseptiques amenèrent la cicatrisation de la plaie et une très faible quantité de substance fut ainsi éliminée.

Nous devons ajouter que depuis l'abandon des mélanges de paraffine et de vaseline, les accidents signalés par quelques auteurs (embolie de l'artère centrale de la rétine, collapsus) avaient disparu : cependant il y a quelques jours, un de nos plus distingués confrères de province nous a raconté qu'il avait vu se produire une amaurose, à la suite d'une injection d'un centimètre cube à la face supérieure du cornet inférieur, dans un cas d'atrophie de la muqueuse.

Pour obvier à ces graves et dangereux inconvénients, le Dr Harmon Smith (1) emploie une seringue à piston gradué et à vis pour injecter une paraffine dont le point de fusion est d'environ 50°. Il aspire dans la seringue préalablement stérilisée la paraffine qu'il laisse refroidir pendant deux ou trois minutes jusqu'à consistance semi-solide. En faisant tourner le pas de vis du piston, il fait sortir de la seringue la paraffine sous forme de fil cylindrique facilement modelable ; il évite ainsi les embolies.

Le Dr Grégory Connell (2) se sert d'une seringue métallique (seringue de Smith et de Freeman) dont la tige du piston est munie d'un pas de vis et d'une vis de pression qui facilite l'injection de la paraffine solidifiée dans le corps de pompe. Ces seringues ne diffèrent pas de nos seringues à écrou.

Le Dr Lagarde (3) utilise la seringue de Harmon Schmit à laquelle il a ajouté un manche vissé sur le collier qui enserre le corps de la seringue dans son milieu. Il fait usage de paraffine solide qu'il introduit à froid ou à chaud dans le corps de la seringue ; dans ce dernier cas, il refroidit l'instrument par un jet de chlorure d'éthyle.

(1) Harmon Smith. — *Paraffin injected subcutaneously for the correction of nasal and other deformities. Journ., of the amer. med.* Assoc. 1903, sept., n° 13, p. 773.
(2) Grégory Connel. — *The subcutaneous injection of paraffine for correction of deformities of the nose. Journ., of the am. med.* Assoc. 1903, sept. nos 12 et 13.
(3) Lagarde. — *Technique et instrumentation nouvelle pour les injections de paraffine. Acad. med.*, 1904, 1er mars.

Pour notre part, nous n'avons guère varié dans notre technique (1). Nous employons une paraffine dont le point de fusion est de 50° environ. Vu la lenteur relative de la solidification de cette substance, la technique en est singulièrement facilitée, car on peut faire l'injection sous une pression très faible, sans avoir besoin de se hâter : on n'a pas lieu non plus de redouter une phlébite, en injectant seulement un centimètre cube à chaque séance.

A quelle seringue faut-il donner la préférence ?

Nombreux en sont les modèles. Gersuny se sert d'une seringue en verre d'une contenance de 3 c.-c. protégée à ses extrémités par deux manchons métalliques dont l'un porte l'aiguille et l'autre des anneaux. Eckstein revêt sa seringue de 5 cent. cubes d'un manchon de caoutchouc, mauvais conducteur de la chaleur.

Broeckaert a fait construire une seringue courte et large, d'une capacité de 3 centimètres cubes.

Karewsky fait circuler un courant d'eau chaude dans une seringue métallique à piston creux pouvant recevoir également une circulation d'eau chaude.

Delangre a utilisé tout d'abord une seringue avec un serpentin enserrant le corps de pompe, il l'a bientôt abandonnée pour employer une petite seringue de Pravaz recouverte d'un manchon métallique thermophore.

Joanes Spicer et Viollet ont entouré leur seringue d'une gaine de fil, formant résistance au passage de courant électrique. La gaine est reliée à une pile de 6 volts qu'un graduateur permet de maintenir à la température voulue (2).

Peu importe la seringue, il suffit qu'elle puisse contenir deux ou trois centimètres cubes de paraffine, qu'elle soit en verre, qu'on puisse la stériliser et la tenir aisément en main. Nous employons habituellement une seringue de Roux avec piston en caoutchouc ou en amiante, peu importe, mais il est nécessaire que ce piston soit en bon état et ne laisse pas refluer le liquide en arrière (3).

Le point capital est l'aiguille. Celle-ci doit avoir une longueur d'environ 8 à 10 cent., à biseau assez court. Elle ne doit pas être trop mince, à cause de la résistance qu'offrent les tissus à la piqûre, et afin de mieux conserver la chaleur. Nous n'attachons guère d'importance à ce que l'aiguille soit munie ou non d'un pas de vis ; mais alors il faut que le frottement se fasse bien : nous utilisons indifféremment ces deux genres de seringues et jusqu'ici nous n'en avons eu aucun inconvénient. Je dirai même que la seringue non munie d'un pas de vis a l'avantage de laisser fuir la paraffine quand la résistance est trop grande, ce qui empêche ainsi cette substance de se répandre trop loin dans les tissus, comme cela est arrivé plusieurs fois à quelques-uns de nos confrères.

On plonge dans une petite étuve à eau, chauffée par une rampe de gaz ou au besoin par des lampes à alcool, la seringue dont le cylindre en verre est rempli d'eau,

(1) J. Baratoux. — *Pratique médicale*, 1902.
(2) J. Baratoux. — Des injections de paraffine dans les cas de déformation du nez. *Progrès médical*, 1902, 17 mai.
(3) Jusqu'à présent pour les injections intra-nasales nous avons donné la préférence à l'emploi de la paraffine liquéfiée, mais pour la prothèse nasale, dans les cas d'ensellure, nous avons eu plusieurs fois recours à la paraffine solidifiée dans la seringue, dont la tige du piston se manœuvre au moyen d'une vis.

les aiguilles, le thermomètre et le flacon de paraffine préalablement stérilisée. Il est même plus commode de maintenir ce flacon au moyen de quatre fils de fer. Quand la stérilisation est obtenue, on éteint la flamme et on laisse refroidir l'étuve jusqu'à ce que le thermomètre plongé dans la paraffine ne marque plus que 60°. A ce moment on s'occupe du malade. Celui-ci a fait pendant plusieurs jours, dans les fosses nasales, des injections légèrement alcalines, des insufflations d'acide borique et a introduit dans les narines une pommade antiseptique pour empêcher la formation et l'adhérence des croûtes pendant la nuit. Après avoir vérifié, si le nez est bien nettoyé, on badigeonne avec une solution de cocaïne à 1/10e la muqueuse du cornet inférieur et la partie correspondante de la cloison et le plancher. Si le malade est pusillanime, on peut laisser à demeure pendant quelques instants un tampon d'ouate imbibé de cocaïne. On peut même employer le liquide de Bonain.

On introduit alors le spéculum de Palmer ou mieux un instrument analogue que nous avons fait construire.

La seringue est retirée de l'étuve avec une pince préalablement stérilisée. On laisse couler un peu d'eau froide stérilisée sur l'anneau du piston et sur l'armature métallique de la partie supérieure de la seringue.

Lorsque la température de la paraffine n'atteint plus que 55°, on fait quelques aspirations d'eau pour s'assurer que l'instrument fonctionne bien, puis on aspire la paraffine. L'aiguille est alors vissée ou adaptée avec pression à l'extrémité effilée de la seringue.

Au début, il nous arrivait parfois de ne pouvoir faire l'injection par suite de solidification de la paraffine dans le canal de l'aiguille, ce qui arrivait surtout lorsqu'on essayait de faire couler un peu de paraffine avant d'introduire l'aiguille dans les tissus. Il fallait alors passer l'aiguille au-dessus de la lampe pour liquéfier de nouveau la paraffine qui s'échappait alors de l'aiguille soit spontanément, soit sous l'effet d'une faible pression.

Mais il est facile d'éviter cet inconvénient en tenant compte de la recommandation d'Eckstein, qui indique de mettre d'abord la paraffine dans la seringue, (ce que nous avons toujours fait) et, après avoir adapté l'aiguille, aspirer dans la seringue quelques gouttes d'eau. Comme il n'y a que de l'eau dans l'aiguille, la paraffine ne peut donc s'y fixer. Ces quelques gouttes d'eau injectées dans les tissus n'offrent aucun inconvénient.

L'aiguille, le biseau tourné en dehors, est enfoncée à la partie la plus reculée du cornet, entre la muqueuse et l'os, en se rapprochant le plus possible de ce dernier. L'injection doit être faite lentement, d'une façon régulière et continue. Aussi pour éviter tout déplacement de la tête du malade est-il bon de la faire tenir par un aide. Sous la poussée du liquide, on voit la muqueuse se soulever et le cornet se reconstituer.

En observant bien les règles que nous indiquons, on évite ainsi l'inconvénient d'être obligé de faire une nouvelle piqûre, ce qui pourrait rendre l'opération inutile, la paraffine sortant par l'orifice de la première piqûre et tombant sur le plancher ou dans le nasopharynx où elle se solidifie.

On ne doit jamais injecter plus d'un centimètre cube de paraffine, sous peine de voir se produire des accidents sérieux.

Quand l'injection est faite, il ne faut pas retirer l'aiguille immédiatement, mais seulement au bout de dix secondes environ, pour laisser se durcir la substance que l'on vient d'introduire sous la muqueuse.

Dans la même semaine on peut faire une injection dans chacune des narines. Si la muqueuse était trop friable, si son adhérence était trop intime avec les parties osseuses, ou si son atrophie était trop prononcée, il faudrait faire l'injection soit dans la cloison, soit sur le plancher des fosses nasales. Comme une seule injection ne suffit pas toujours, il est important de commencer le traitement par les parties les plus reculées, de manière à ne pas obstruer la lumière du canal nasal.

En tous cas, si une seule séance ne suffit pas pour rendre aux fosses nasales leur calibre normal, il ne faut pas faire une nouvelle injection avant trois ou quatre semaines.

Après l'opération, nous recommandons aux malades d'appliquer une compresse d'eau froide sur le nez et la joue.

On a signalé la fréquence de petites douleurs névralgiques, principalement au niveau des racines dentaires, pendant les deux ou trois premiers jours qui suivent l'intervention (Moure et Brindel). On les évite par l'application de la compresse froide. On doit encore recourir à cette dernière s'il se manifestait un œdème passager de la joue qui survient même plusieurs jours après l'opération.

Quant à la phlébite de la veine faciale, elle s'est produite chez les sujets auxquels on avait fait des injections de plusieurs centimètres cubes de paraffine.

Peu après l'opération, la sécrétion de la pituitaire se modifie assez rapidement, l'odeur fétide et les croûtes disparaissent, la muqueuse redevient humide et on peut même constater le retour de l'odorat comme nous l'avons observé avec plusieurs opérateurs (Helsmoortel). Toutefois, comme le signalent les Drs Moure et Brindel, on voit parfois persister une sécrétion de matière visqueuse qui leur paraît être avec raison un signe d'une guérison imparfaite. Nous ne partageons pas l'avis du Dr Cazeneuve, qui affirme que l'injection de paraffine dans les cornets n'a pas d'influence sur la formation des croûtes. Il s'agit évidemment dans ces cas de malades qui n'ont pas recouvré complètement les dimensions normales de leurs fosses nasales : on doit procéder à de nouvelles injections.

Les résultats éloignés du traitement sont excellents. Nous avons vu, ces jours-ci, des malades que nous avons traités il y a deux ans, la guérison s'est parfaitement maintenue. Du reste, aujourd'hui, nombre d'auteurs ont fait connaître des résultats aussi favorables. J'ajouterai même que chez quelques-uns de mes patients les cornets ont repris des dimensions telles que des confrères non prévenus ont cru avoir affaire à des hypertrophies et ont voulu les traiter comme telles. N'oublions donc pas aujourd'hui de prévenir nos opérés pour qu'un galvanocautère intempestif ne vienne pas détruire les avantages de notre prothèse.

Que devient la muqueuse atrophiée après l'injection? Les recherches d'Eckstein et de Broeckaert vont nous éclairer sur ce point.

Ce dernier a pu enlever chez un de ses opérés une parcelle de muqueuse d'un cornet restauré dix mois auparavant au moyen de paraffine fusible à 45°. L'examen histologique montre que l'on ne retrouve pas dans la muqueuse la paraffine sous forme d'une masse compacte, homogène, mais divisée en un grand nombre de petites masses secondaires, distinctes les unes des autres, ce qui donne à l'ensemble de la coupe un aspect alvéolaire. Autour de ces alvéoles, renfermant

chacun un petit bloc de paraffine, on constate la présence de nombreux éléments jeunes parmi lesquels se trouvent des cellules géantes. La muqueuse sclérosée est en voie de régénération comme il est facile de le remarquer, principalement du côté de l'épithélium qui a repris sa turgescence normale : la couche cornée se détache, s'élimine et, en maint endroit, elle n'est même plus visible.

Par l'hyperplasie du tissu, les glandes comprimées disparaissent : d'où absence de sécrétion à odeur nauséabonde.

« Enfin les glandes de la pituitaire sont devenues très rares et montrent une tendance manifeste à disparaître. Le tissu caverneux participe à un travail de prolifération qui aboutit à une augmentation de volume plus ou moins prononcée de l'ensemble de la muqueuse. » (Broeckaert).

Concluons donc avec ce dernier que l'effet curatif des injections de paraffine, en cas d'ozène, est loin d'être paradoxal, et que la curabilité de cette pénible affection est réalisable.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

« La faiblesse d'esprit normale chez la femme »

(*Suite*) (1).

On peut apprécier le saisissant contraste entre les façons française et allemande d'exposer une même thèse, en rapprochant les coups d'assommoir de M. Mœbius, de la délicatesse et de la forme plus qu'élégante sous lesquelles, en 1840, un médecin philosophe Lélut, développe « *Un mot sur la valeur intellectuelle de la femme et sur sa destination dans la famille et dans la société* » (2). Je dois cette réjouissance à M. Ledur, de Paris, lequel va se trouver, par l'exposé suivant, en parfait accord, du moins quant au fond, avec notre impétueux confrère d'Allemagne.

En effet, l'implacable Mœbius interprète comme il suit les « prétendues » facultés intellectuelles de la femme. Celle-ci est bien capable de comprendre et de retenir ; elle saisit très bien quand elle veut ; elle peut même, par sa docilité et sa patience, devenir une excellente élève : mais c'est tout. Elle est incapable d'invention, de méthode qui lui soit propre ; et l'étude ne l'intéresse que sous bénéfice d'avantages personnels plus ou moins prochains. Dans les travaux « *féminins* », auxquels la femme, en raison même de sa faiblesse, s'est spécialement livrée, il est courant de lui attribuer une habileté particulière des doigts. Or, dès que l'homme se mêle d'être tailleur, tisseur, cuisinier, il produit davantage : les nouveautés en recettes culinaires, en modes, en ustensiles divers. viennent de lui. Et en *musique* ? Sans doute, les femmes jouent et chantent bien, mais où est donc le compositeur féminin dont on puisse faire panache ? En *peinture*, la grosse majorité manque d'imagination créatrice ; elles ne sortent pas d'une facture banale : fleurs, natures mortes, portraits. En *poésie*, les vraies poètes sont rares, et certaines *romancières* ont bien quelque chose de particulier, mais rien d'indispensable ; pas même Georges Sand dont les écrits malsains ne seraient pas à regretter. La *science* ne doit à la femme aucune richesse. Dans l'espace de deux mille ans, l'histoire cite quelques femmes de science qui n étaient que de bonnes élèves. Car la femme est très suggestible, incapable de combinaison ou d'objectivité. Elle est à l'homme ce qu'est un habile commerçant par rapport à l'artiste ou au savant.

Pourtant le Dr Mœbius est moins intraitable pour les *femmes médecins*. Il admet qu'il n'y a pas lieu de pousser à leur éclosion, d'autant qu'en obstétrique par exemple, la femme a été plutôt une cause d'arrêt que de développement. Et puis, insinue le malin confrère, le mouvement s'arrêtera d'autant mieux qu'on y mettra moins d'entraves. Et il cite l'exemple de l'Ecole médico-féminine de Chicago (1) qui dut fermer ses portes après trente-deux ans d'existence.

Raison de plus, conclut-il, pour ne pas décourager les quelques femmes qu'attire la médecine, d'autant moins que, pratiquement, et même pour les maladies des femmes et des enfants, les médecins-femmes n'ont jamais fait aux médecins-hommes une concurrence bien sérieuse.

Non seulement la femme est moins douée que l'homme, mais les dons qu'elle peut avoir, elle les perd bien plus vite. Avant le mariage, la jeune fille a l'esprit animé ; elle est belle, fine, ardente ; l'intérêt la rend habile ; toute sa vivacité d'esprit et de corps, toutes ses qualités, n'ont qu'un but de concentration : le mariage. Schopenhauer a écrit : « Chez la jeune fille, « la nature a visé à ce qu'on nomme dans l'art dramatique : l'effet. Pour peu d'années elle l'orne de beauté, « de charmes, d'abondance, aux dépens du reste de sa « vie ; cela, pour qu'elle puisse se rendre, en ces quelques années, maîtresse de l'imagination de l'homme. » Après le mariage, la jeune fille est tout autre ; elle devient femme simple et sans souci ; elle perd ses qualités.

Et quel est donc le rôle de l'*instruction* chez la femme ? La culture intellectuelle est une meurtrière qui exige des victimes, et procure maigre profit contre de gros dommages. Ce qui, pour une tête d'homme, n'est qu'un effort modéré, devient du surmenage chez la femme ; et les produits intellectuels de celle-ci ne sont pas comparables aux autres. Parmi les gros dommages figure l'*infécondité*, et le malthusisme n'a pas ici de justification, car la femme cultivée n'est pas meilleure éducatrice. Ce n'est pas d'intellectualisme que souffrent les familles nombreuses, mais de lait, d'air, et des nécessités de la vie. Où les enfants prospèrent-ils le mieux ? Dans les conditions les plus simples, chez les braves parents avec une intelligence saine. Les hommes de génie viennent ordinairement de familles nombreuses, et Goethe est là pour nous prouver qu'une

(1) *Ueber den physiologischen Schwachsin des Weibes*, par Moebius, de Leipzig. Voir *Progrès Médical*, 10 juin dernier.
(2) *Gazette médicale de Paris*, 22 février 1840.

(1) *Revue médicale de New-York*, 1902, p. 42.

mère sans haute culture n'entrave pas l'ascension d'un génie (1). Prenons au contraire en France le type du fils ou de la fille unique. Ni l'un ni l'autre ne vaut mieux que les frères et sœurs nombreux; au contraire, l'un et l'autre sont des enfants gâtés dont les parents sont les esclaves. C'est pourquoi le mieux serait d'abattre les écoles supérieures et les lycées de jeunes filles; car l'exagération de l'activité cérébrale a pour résultat principal de rendre la femme faible, nerveuse, inféconde, mauvaise mère. La fécondation est en raison inverse de la civilisation, etc., etc.

Ainsi pense M. Mœbius. La féminophobie de ce célibataire (2) endurci et dur souffre-t-elle l'épilogue? Peut-on risquer une conclusion? C'est ce que nous verrons dans un dernier Bulletin. Paul CORNET.

Verge noire par éruption antipyrinique.

La *Gazette médicale de Nantes* du 18 juin relate dans son compte-rendu de la *Société médico-chirurgicale*, sous le titre qui précède, l'histoire d'« un méfait de l'antipyrine » observé par M. le Dr H. Malherbe. Après avoir rappelé les désordres cutanés vulgaires, dus à ce médicament (érythèmes, bulbes, purpura, œdèmes), l'auteur signale une éruption beaucoup plus rare, peu connue et particulière au sexe masculin. « Ce sont de véritatables taches noires, mais absolument noires, se manifestant sur la verge dans les heures qui suivent l'absorption d'antipyrine. Le prof. Fournier a, le premier, attiré l'attention sur ces taches noires en 1890 à la *Société de Dermatologie* et il a désigné le phénomène sous le nom de « verge noire». C'est de cette singulière affection que M. le Dr H. Malherbe rapporte un exemple :

X., 30 ans, syphilitique de fraîche date, est sujet à des migraines violentes qui le prennent soudainement et qui sont toujours calmées vite par 1 à 2 gr. d'antipyrine. Le 24 avril vers midi, migraine, absorption d'un gr. 50 d'antipyrine. En très peu de temps la migraine disparaît. A 6 heures, étant allé uriner, il aperçoit «sa verge complètement noire ».

Effrayé à juste titre, et rapportant le fait à sa syphilis, il croit que sa verge va tomber en gangrène et se voit déjà privé d'un de ses attributs les plus chers. Il accourt chez moi dans un état d'affolement et me montre ceci : une verge absolument normale comme volume et comme aspect, sauf sur la face dorsale du gland, où s'étale une large tache orbiculaire, d'un noir bleuté et ayant des dimensions plus grandes qu'une pièce de deux francs. Malgré cette coloration, à ce niveau, les téguments ont une consistance normale et sont parfaitement souples. Sur aucune partie du corps, on ne relève semblable lésion.

Se souvenant de la description de M. le prof. Fournier, M. Malherbe fit de suite le diagnostic. Ces éruptions se résorbent et s'effacent d'elles-mêmes avec une lenteur extrême. M. Malherbe pense que la couleur noire est due à une congestion intense amenant une véritable ecchymose. Ce cas nous a paru devoir intéresser nos lecteurs, auxquels nous faisons appel pour nous communiquer les cas analogues qu'ils ont pu observer.

Dr FREEMAN.

(1) Voir nos articles sur la psycho-pathologie de Goethe, d'après Mœbius, in *Progrès médical*, 1902.

(2) Détail relevé dans le livre en question.

ASILE D'ALIÉNÉS DE PRÉMONTRÉ.—Un poste d'interne est vacant à l'Asile d'aliénés de Prémontré (Aisne). Avantages en nature complets. Traitement : 900 fr. 12 inscriptions de doctorat sont exigées. S'adresser au Directeur-médecin de l'Asile.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 20 juin 1904

Formation et élimination de l'urée dans le régime alimentaire humain.

MM. H. LABBÉ et MORCHOISNE. — Le facteur principal des variations de l'urée formée dans l'organisme étant représenté par l'alimentation, dont l'action dépend à la fois de la qualité et de la quantité de l'azote ingéré, les auteurs ont cherché à élucider la part respective de ces deux éléments dans la formation éliminatrice de l'urée urinaire, ainsi que l'influence réciproque qu'ils peuvent exercer l'un sur l'autre.

Ils ont constaté tout d'abord que la qualité des ingesta albuminoïdes a une grande importance : pendant le régime carné exclusif, la moyenne d'urée formée quotidiennement est de 30.99 pour 100 d'albumine alimentaire, tandis qu'avec un régime végétal exclusif, elle n'est que de 23.16 pour 100. Le métabolisme des matières azotées végétales dans l'organisme humain fournit donc, à l'état normal, une proportion d'urée notablement moindre que celle que donne le métabolisme des albumines animales.

En ce qui concerne l'influence de la quantité d'azote ingéré. les expériences, faites au moyen du régime végétal exclusif — plus facile à supporter — ont montré que la quantité absorbée d'urée formée décroît régulièrement en même temps que la quantité d'azote ingéré. D'autre part, la proportion d'urée par rapport à cette même quantité d'azote ingéré (rapport uréoplastique) subit des variations lentes, s'effectuant par plaques isoalbuminoïdes : ce rapport est de 72.5 pour des ingestions d'albumine correspondant aux rations types; il croît très sensiblement (valeur moyenne de 87.5) pour des quantités d'albumine oscillant entre 27 et 58 grammes, lesquelles constituent des optima pour l'uréopoïèse; il s'abaisse enfin jusqu'à une valeur moyenne de 63.1 quand la ration d'albumine est comprise entre 10 et 21 grammes.

Ces variations sont loin d'être aussi nettes pour le rapport azoturique : celui-ci est de 82.5 en moyenne pour les doses usuelles d'albumine; il reste à peu près le même (81.55) quand celles-ci varient de 27 à 58 grammes, et ne baisse sensiblement (54.71) que si les quantités d'albumine ingérée sont très faibles (de 10 à 21 grammes).

Action du sang rendu hépato-toxique par injections intra-péritonéales de nucléo-protéides du foie.

MM. H. BIERRY et A. MAYER ont pu faire apparaître, dans le sang du lapin, des propriétés hépato-toxiques, au moyen de l'injection intrapéritonéale de nucléo-protéides du foie. Ils ont injecté dans le péritoine de jeunes chiens, à faible dose (10 à 1 cc), le sérum extrait de ce sang, ou les globules, ou un mélange de globules et de sérum, et déterminé ainsi des lésions histologiques et des troubles fonctionnels spécifiques du foie. Les lésions, strictement localisées au foie. consistent en dégénérescences — graisseuse, vasculaire et granuleuse — du cytoplasma des cellules hépatiques. Quant aux troubles fonctionnels. ils se traduisent par le passage, dans l'urine de pigments biliaires, d'acide lactique, etc., ainsi que par l'apparition — à la suite de l'ingestion d'une dose, même faible, d'un sucre quelconque — d'un phénomène analogue à la glycosurie alimentaire, avec variabilité dans la nature et la quantité du sucre excrété, suivant la nature du sucre ingéré.

Ces divers effets se produisent également quand le sang hépato-toxique a été préalablement chauffé vingt minutes à 55°; ils sont plus marqués après l'injection de globules qu'après l'injection du sérum. PHISALIX.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS. — Le Dr PÉCHIN, délégué de la Société d'ophtalmologie de Paris au Congrès « contre l'exercice illégal de la médecine », prie ses confrères qui connaîtraient des faits relatifs à l'exercice illégal de l'ophtalmologie, de vouloir bien les lui communiquer. (Adresser les lettres à sa Clinique, 5, place Jussieu, Paris).

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 juin.

Le cancer dans les campagnes.

M. Périer lit un rapport sur la proposition de M. Triboulet d'organiser dans les campagnes le traitement des cancroïdes cutanés par les rayons X. Tout en approuvant cette idée généreuse, M. Périer montre ses difficultés d'applications.

Cette question d'assistance, dit-il, étant du ressort des divers conseils départementaux, c'est à eux que doit s'adresser notre confrère, le Dr Triboulet.

En leur soumettant son vœu, il devra leur indiquer les meilleurs moyens d'exécution, le choix, l'achat, l'entretien, le renouvellement des machines et appareils, les responsabilités de ceux qui auront mission ou permission de les mettre en œuvre, le mode de sélection des malades à traiter. Il sera utile de réfuter à l'avance les objections de ceux qui trouveraient plus sûr et moins coûteux de laisser les médecins, bientôt instruits de l'efficacité de la nouvelle méthode, libres d'adresser leurs malades aux confrères de leur choix habitués à la manipulation d'appareils dont ils se servent quotidiennement ; puis cette objection possible que le transport des indigents n'est jamais bien onéreux pour les communes, et que la gratuité entrant habituellement pour une part dans les frais généraux des médecins, il n'y aurait pas de bien grandes difficultés de leur côté.

C'est en suivant cette voie, déjà tracée pour l'installation de salles d'opérations aseptiques dans un nombre croissant de petites villes, que M. Triboulet peut espérer atteindre le but philanthropique visé par lui.

Le diabète pancréatique. Ses lésions. Sa nature.

M. Lancereaux montre que cette forme diabétique se lie non pas à une lésion unique, mais à des altérations multiples et variées. C'est que, en effet, si celles-ci aboutissent à la destruction, pour ainsi dire complète, du pancréas, tantôt au contraire, elles laissent, à cette glande, une certaine apparence d'intégrité. Mais, comme dans ces derniers cas, les petits organes connus sous le nom de *follicules de Langerhans*, sont en général plus ou moins profondément altérés ou détruits, le diabète pancréatique ne semble pas à M. Laveran former une maladie univoque, mais, en raison de la diversité de ses altérations, il est amené à en faire un syndrome d'insuffisance pancréatique au même titre que l'urémie, l'asystolie, et même la démence, par rapport aux lésions diverses des reins, du cœur et de l'encéphale.

Analgésie et thérapeutique par le radium.

M. Foveau de Courmelles. — Le radium peut être employé d'une façon continue sur les tissus morbides dont il calme la douleur, même à faible puissance (240 activité-), soit en application intermittente à 10.000 activités. Divers cancers, épithéliomas cutanés ou muqueux (rectum, utérus, bouche), ont rétrocédé avec cessation des douleurs. Pour le cancer de l'estomac, une sonde spéciale le porte *in loco*. Dès juillet 1903, l'auteur assimilait les rayons X, les rayons ultra-violets et le radium comme action analgésique, des névralgies faciales ayant cédé à ces agents. incidemment, une fluxion dentaire a vu son évolution très amoindrie par une application prolongée de radium faible (240). Le thorax, le baryum radifère (5) donnent lentement des résultats analogues.

Traitement des enfants tuberculeux au sanatorium d'Hyères.

M. Vidal expose, d'après ses statistiques, les résultats du traitement de la tuberculose chez les enfants au sanatorium d'Hyères. Il a été reçu dans cet établissement 345 filles atteintes d'affections de l'appareil respiratoire contre 136 garçons ; mais le nombre des lits de filles étant deux fois plus considérable que celui des lits de garçons, ce dernier chiffre doit être doublé, pour que les données soit comparables : on peut donc dire que, pour 345 filles, il a été admis 272 garçons, soit une différence de 73 unités en faveur de la morbidité chez les fillettes.

Parmi les 345 filles en question, 210 étaient atteintes de bronchite, etc., et 135 de tuberculose pulmonaire ; pour les garçons, ces chiffres étaient respectivement de 85 et 51. Les filles représentent donc 55 % du total des cas de bronchite et autres affections du même groupe, et 57 % du total des cas de tuberculose pulmonaire.

Hygiène de la voirie.

M. Guglielminetti. — Les résultats obtenus par le goudronnage des routes sont très satisfaisants : diminution considérable de la poussière en été, de la boue en hiver, diminution des frais d'entretion, balayage, arrosage et ébouage, diminution même de l'usure de la route. Les huiles de goudron en pénétrant dans le sol de la route s'agglomèrent avec la matière d'agrégation ; le brai restant sur la route forme une sorte de pellicule résistante qui protège la route. Mais sur les routes dépassant 3 pour 100 de déclivité cette croûte de goudron devient glissante pour les chevaux ; en outre il faut une série de beaux jours et des routes absolument sèches et en bon état d'entretien pour obtenir de bons résultats. C'est pour cette raison que nous avons, grâce au concours de la Ligue contre la poussière, essayé un nouveau produit, la Westrumite, qui est du goudron rendu soluble dans l'eau par une saponification ammoniacale. On jette ce produit à 10 pour 100 ou à 5 pour 100 dans un tonneau d'arrosage et on arrose comme à l'ordinaire : trois ou quatre arrosages consécutifs semblent donner un effet durable. Comme suppression de la poussière, les résultats ont été très remarquables à l'occasion du circuit des Ardennes et de la Coupe Gordon-Bennett à Hombourg.

Traitement de l'épithéliome de la langue par les rayons de Rœntgen.

M. Hallopeau lit un rapport sur le travail de M. Bissérié ayant trait à l'action des rayons de Rœntgen sur deux cas d'épithéliome de la langue. Quatre séances de radiothérapie ont suffi pour faire disparaître les tumeurs. MM. Hallopeau et Bissérié ont obtenu aussi un excellent résultat dans un cas de mycosis fongoïde. Le traitement réussit aussi dans la leucoplasie linguale. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25 *juin* 1904. — Présidence de M. Picqué.

La séance est ouverte à 4 h. 50. Le procès-verbal de la dernière réunion est adopté.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels.

Le Trachome dans l'Etat de Saint-Paul, par le Dr Mello Barreto, membre correspondant brésilien.

Correspondance manuscrite. — 1° Lettre de M. Coudray, retenu au lit, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance. 2° Lettre de MM. Perret et Quillier remerciant la Société de les avoir nommés membres titulaires. 3° Lettre de M. le Dr Housquains, priant le Bureau de vouloir bien reporter au 8 octobre la lecture de son travail de candidature.

M. le Président annonce que le Dr Bernard (de Cannes) assiste à la séance.

M. Monel lit son rapport sur les titres et travaux de M. le Dr Bozo, candidat au titulariat.

Rapport sur la candidature au titulariat du Dr André Bozo.

Messieurs,

Vous avez entendu dans notre dernière séance la lecture de l'intéressant travail de candidature du Dr Bozo, sur l'hygiène bucco-dentaire de l'enfant à l'école et dans la famille. Vous avez pu voir combien cette question, si importante au point de vue de la santé présente et future des jeunes enfants et adolescents, était encore négligée en France. Alors que de tous côtés nous avons vu surgir des sociétés, des ligues, visant telle ou telle prophylaxie, telle ou telle hygiène que des réformes, des décrets, des lois même, si utiles

à la préservation et à l'amélioration de la société, ont été obtenues par des combattants convaincus et pleins d'ardeur, comment ne pas s'étonner que du côté de l'hygiène bucco-dentaire, rien n'ait encore été fait.

Faut-il voir dans cette négligence l'indice d'une période de transition où la stomatologie, branche incontestable de la médecine, à qui elle se rattache d'une façon absolue, ainsi que le montrent les faits de chaque jour, n'a pu encore triompher d'une façon définitive de l'odontologie, que ne veulent pas se laisser enlever les exclusivistes de l'autre camp ? Toujours est-il que personne ne voulant attacher le grelot, la question reste en suspens. Et cependant que de choses à faire, que de progrès à accomplir dans cette voie. Vous avez encore présents à l'esprit ces deux moulages que l'on nous a montrés dans la dernière séance, et qui nous font bien bien voir les tristes conséquences de l'absence d'hygiène bucco-dentaire dans l'enfance. Notre candidat nous a présenté de main de maître, avec une conception large et un esprit impartial, l'état actuel de la question : ce qui n'est pas fait, ce qui devrait être fait, et nous en a indiqué la solution pratique. L'organisation de services d'inspection réguliers, la création de dispensaires, ou l'utilisation en les améliorant des dispensaires actuellement existants, la vulgarisation de l'hygiène bucco-dentaire, ne voilà-t-il pas, en effet, les véritables moyens de lutter contre de sots préjugés, et la force d'inertie qu'opposent, ici comme ailleurs, bien d'inutiles rouages administratifs. J'ose espérer que dans un avenir que je souhaite rapproché, ces idées seront mises en pratique, et cela pour le grand bien de la société.

Permettez-moi encore, Messieurs, d'attirer votre attention sur l'intéressante thèse de doctorat du Dr Bozo « sur les amputations spontanées de la langue ». Cette thèse, faite sous l'inspiration du Dr Sébileau, est un travail consciencieux, original, tout entier consacré à l'étude clinique et pathogénique de la question. L'auteur, après avoir fouillé la bibliographie anglaise, allemande, américaine et même turque, constate que les amputations spontanées de la langue, ont bien diminué de fréquence depuis les progrès de la chirurgie et de la thérapeutique, et les partage en trois groupes : 1° les amputations d'origine traumatique ; 2° les amputations dans les prolapsus par compression lente et processus ulcératif secondaire; 3° les amputations dans les lésions primitives graves de la langue.

Dans les cas de macroglossie avec prolapsus, il fait bien ressortir l'importance pronostique de l'âge auquel commence le prolapsus, et insiste sur la prédominance des troubles de mastication et de déglutition, sur les troubles de phonation, dans la perte de la langue par amputation spontanée.

Telle est, bien trop succinctement résumée, l'économie de ce volumineux travail, mais je ne veux pas retenir trop longtemps l'attention de la Société, et je m'empresserai de dire que ce petit bagage scientifique, déjà important pour un jeune confrère, s'accroîtra rapidement. La bonne clinique qu'il a acquise, dans le courant de ses différentes fonctions dans les hôpitaux, l'éducation spéciale que lui ont facilitée et ses dispositions naturelles, et sa réelle habiletée opératoire, son séjour comme assistant du Dr Piétkerwitz, enfin l'aménité de son caractère et ses dispositions de travailleur infatigable, désignent particulièrement le Dr Bozo à vos suffrages, et je vous propose, au nom de la commission, de lui ouvrir toutes grandes les portes de notre Société.

Les conclusions favorables du rapport sont adoptées. Le vote aura lieu dans la prochaine séance.

M. Laquerrière termine son étude sur les courants électriques dans les affections intestinales et dit quelques mots de la constipation spasmodique et de l'entérocolite (sera publié).

M. Berlioz demande pourquoi il est généralement admis que les séances d'électrisation doivent être de courte durée. Y a-t-il une raison particulière ? Lui-même a été atteint de névrite brachiale qui lui a duré deux mois : il avait fait des séances de 15 minutes, au maximum, comme il est d'usage. Cette année, ayant été repris de sa névrite, il a fait des séances la nuit, fixant les électrodes et s'endormant. Les séances furent ainsi de 4 à 5 heures : cette fois, la névrite ne dura qu'un mois.

M. Laquerrière. — Il n'y a aucune raison spéciale qui oblige à faire des séances de courte durée. Il faut craindre toutefois les brûlures de la peau et divers accidents qui pourraient rendre difficile l'application des courants électriques pour les séances suivantes. On fait en général des séances de 20 minutes, mais il faut quelquefois un temps plus long, une heure par exemple, comme dans le traitement de l'arthrite blennorrhagique. On prend alors des pelotes spéciales, très rembourrées et le courant est plus faible. Mais on peut poser en principe qu'il n'y a pas de règles exactes pour la durée : pour le courant continu, la limite de durée est celle de la résistance de la peau.

M. Godlewski demande quel est le mode d'application électrique qui a le mieux réussi dans l'entérocolite.

M. Laquerrière. — C'est le courant faradique léger ; on obtient une amélioration rapide. Mais il est impossible d'engager l'avenir et de dire ce que deviendront plus tard ces malades mis en état de guérison apparente.

M. Godlewski a lu une communication faite à l'Académie de Médecine sur l'emploi des courants électriques dans l'artério-sclérose ; c'est un procédé thérapeutique qu'on n'aurait pas osé appliquer autrefois et qui est devenu courant maintenant.

M. Laquerrière. — Ceci s'explique très bien en ce sens qu'autrefois tous les courants dont on se servait augmentaient la tension sanguine. Les résultats apportés à l'Académie de médecine me paraissent absolument exacts, car on a maintenant tant de moyens divers d'appliquer l'électricité qu'il est facile de faire un choix dans cet arsenal, ce qui permet une thérapeutique, formellement contre-indiquée il y a quelques années. On possède maintenant, ce qu'on n'avait pas alors, de nouveaux courants électriques qu'on peut approprier aux différents cas. La pression sanguine diminue positivement après la séance d'électricité : voilà le fait clinique évident qu'on ne peut contester. Mais qu'arrivera-t-il par la suite ? M. Laquerrière fait des réserves et dit qu'il faudra suivre les malades et les étudier longtemps avant de pouvoir se prononcer d'une façon définitive sur la valeur de cette thérapeutique dans l'artério-sclérose.

La séance est levée à 6 h. 55.

Le secrétaire général, F. Buret. — *Le secrétaire de service,* H. Monel.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET DE GÉNIE SANITAIRE.

Séance du 22 juin 1904. — Présidence de M. Siegfried.

M. Siegfried expose les difficultés que l'on éprouve en France pour faire une expropriation : non seulement les formalités sont nombreuses, mais encore on est arrêté souvent par l'énormité de l'indemnité allouée à l'exproprié. En Angleterre, une loi de 1890 a singulièrement facilité les expropriations, en diminuant l'importance de l'indemnité : ainsi, grâce à cette loi, si une maison renferme un nombre de loyers supérieur à celui que la salubrité impose, on déduit, pour le calcul de l'indemnité, le revenu afférent à ces loyers en trop ; de plus, s'il faut, par exemple, dépenser 5000 fr. pour rendre salubre la maison expropriée, on diminue l'indemnité de ces 5000 fr. En France, rien de pareil : il faut donc modifier la loi de 1841. M. Siegfried annonce qu'il a déposé, à la Chambre des députés, un projet de loi réglant les expropriations *pour cause d'insalubrité publique.*

M. Vincey passe en revue, dans des tableaux successifs, *la morbidité et la mortalité typhiques* pour le département de la Seine, depuis 1865 jusqu'à 1904.

Il résulte de ces tableaux que ces morbidité et mortalité ont été sans cesse en décroissant de 1865 à 1904. Il expose aux yeux de la Société des cartes du département de la Seine indiquant, par des teintes plus foncées, les points de Paris ou du département où la morbidité d'abord, la mortalité

ensuite, sont le plus intenses. Il se réserve de donner plus tard à la Société les raisons qui, d'après lui, font du nord ouest et du nord du département, et aussi de quelques points au sud (sans parler des quartiers de Paris qui avoisinent ces régions de la banlieue) des foyers préférés de la fièvre typhoïde. Le rapport entre la mortalité et la morbidité typhiques est, pour le département de la Seine, de 15 % : mais ce chiffre est évidemment exagéré dans la réalité, car tous les cas de morbidité typhique sont loin d'être déclarés, tandis que la mortalité est à peu près absolument connue.

Il termine en disant que la mortalité générale de la France en 1903 est plus grande que celle de Paris ou du département de la Seine, et cette mortalité est en décroissance certaine sur les années antérieures.

M. Regnard (Henry) lit un long travail sur *les filtres à sable de la Cie générale des eaux*, où il décrit les améliorations dont ils ont été l'objet dans ces 10 dernières années, en entrant dans des détails techniques qui ne seraient pas à leur place ici. Il dit que les filtres de Choisy-le-Roi et de Neuilly-sur-Marne n'ont rien à envier aux filtres de l'étranger.

Les eaux ainsi filtrées sont, ajoute-t-il, aussi bonnes, peut être meilleures, au point de vue bactériologique, que les eaux de source. Il espère que, dans ces conditions, le filtrage des eaux prendra une extension de plus en plus grande.

La seule objection qu'on puisse faire à l'emploi des filtres c'est la température relativement élevée des eaux qu'ils donnent. L'inconvénient est réel, mais peut-être serait-il possible de leur rendre cette fraîcheur, non pas dès leur sortie du filtre, mais à l'arrivée de la maison ou de l'appartement destiné à les consommer.

Un membre de la Société s'élève vivement contre l'extension du filtrage des eaux demandée par M. Regnard ; l'Angleterre et l'Allemagne, dit-il, qui nous ont devancés de beaucoup pour le filtrage des eaux, sont en train d'y renoncer de plus en plus. Il se propose de revenir là-dessus dans une prochaine séance.

M. Rouget, après des considérations diverses sur la période d'incubation de la fièvre typhoïde, sur l'intervalle de temps qui sépare le contage de l'apparition des symptômes typhiques ou de la mort elle-même, émet le vœu que la population parisienne soit prévenue dès qu'une modification quelconque est apportée au régime des eaux qu'elle consomme.

M. A. J. Martin déclare que l'administration est déjà entrée dans cette voie, et que le *Bulletin Municipal* a tout récemment prévenu la population d'une modification du régime des eaux ; on continuera dans l'avenir.

M. le Président annonce à la Société que la prochaine séance aura lieu fin octobre prochain. A. Pujol.

COMMISSION EXTRA-PARLEMENTAIRE DU RÉGIME DES MŒURS.

La Commission a tenu sa sixième séance le 10 juin, séance que son importance pour les décisions prises nous permet de rapprocher de celle où M. le Préfet de police, dans un discours sans nul doute concerté avec M. le Président du Conseil, est venu condamner le système actuel de la Police des mœurs comme illégal, inhumain, et sinon antisanitaire, du moins d'un fonctionnement absolument contraire aux progrès de l'hygiène et de la médecine modernes.

Nous passerons rapidement sur les divers épisodes qui ont précédé ou même préparé le fait capital de la séance.

Au point où en étaient arrivés les débats, les deux thèses réformiste et de *quasi statu quo* ayant été bien posées comme faits généraux et statistiques par MM. les Prs Alfred Fournier et Augagneur, M. le Président Dislère a proposé à la Commission de clore la discussion générale et d'aborder l'étude concrète du régime plus ou moins nouveau qu'elle adopterait.

Notre collaborateur, M. Fiaux, ayant exprimé le regret que les travaux de la Commission parussent tourner court sans qu'une enquête générale (que son collègue le Dr Butte aurait voulu compléter par une enquête sur la Police des mœurs dans les colonies) vint à la fois témoigner du labeur de la Commission et servir d'appui à ses conclusions scientifiques, M. le Procureur général près de la Cour d'appel, Bulot, a pris la parole pour protester de son goût personnel pour cette enquête s'il ne croyait que le but de la Commission fut encore beaucoup plus étendu. En votant, dès sa première séance, « que la prostitution n'est pas un délit » la Commission a affirmé que la femme prostituée n'est pas une délinquante et conséquemment ne peut pas être traitée par une loi comme telle. Personne n'a contesté dans l'assemblée, non plus M. Augagneur que M. Fournier, que la société doive se défendre contre les maladies vénériennes, syphilis ou blennorrhagie. Combien y a-t-il de prostituées malades en France ? Les statistiques répondent par des milliers et des milliers... on juge dès lors du nombre d'hommes malades. Le problème sanitaire ne se pose donc pas, comme on l'a très bien dit, d'une manière unilatérale.

Le système dont l'application est réclamée par M. Bulot, est simple : il consiste à faire rentrer les maladies vénériennes dans la loi du 15 février 1902 qui vise la déclaration des maladies contagieuses. En abolissant la police des mœurs actuelle, M. le Procureur général ne se désintéresse pas de l'hygiène puisque la loi du 15 février 1902 atteindra tout le monde sans distinction de sexe. M. Bulot ne veut pas défendre avec moins d'énergie la rue et les lieux publics contre la débauche scandaleuse : il suffit d'ajouter un mot à l'article 330 C.P., d'y viser le racolage pour que, au nom de l'outrage public à la pudeur, on puisse empêcher le manège des prostituées dans la rue ; il suffit également de donner une certaine extension à l'article 334 C.P., qui protège les mineures contre la corruption, pour que l'on puisse espérer de réfréner efficacement le proxénétisme.

M. le Prof. Augagneur est en communauté d'idées avec M. Bulot qui, comme ses amis de la Fédération abolitionniste, ne veut pas que la loi reconnaisse un statut, *status*, de prostituée. Tout le monde sait qu'il n'y a pas dans la Commission de majorité pour la police des mœurs : mais un principe et trois points doivent être proclamés : « Le principe est qu'aucune loi, aucune réglementation, ne doit être nommément édictée sur la prostitution ; subsidiairement, il faut étudier comment l'on assurera : 1° l'ordre public, 2° la santé publique, 3° la protection de la femme, et non pas seulement de la mineure, mais de la femme adulte : « Jusqu'ici, dit excellemment M. Augagneur, on ne s'est intéressé à la santé de la femme que dans la mesure où elle intéresse la santé de l'homme » ; d'importantes mesures de protection doivent être prises contre la prostitution malheureuse. » Tout débat pourrait se greffer sur ces trois questions.

M. le conseiller municipal Turot appuiera tout projet qui supprimera un régime bâti contre la femme seule : l'homme qui racole, qui syphilise doit être atteint.

M. le Prof. Gaucher rappelle son attitude et celle du Prof. Landouzy à la Conférence internationale de Bruxelles en 1902, absolument conformes au sentiment de la Commission française actuelle : il n'y a pas plus de délit dans le fait de la prostitution que dans la maladie de syphilis en soi ; laissez les gens se soigner ; offrez-leur en les moyens ; placez tout le monde en face du droit commun ; il n'y a délit que s'il y a transmission consciente du mal (1).

M. le Prof. Landouzy s'élève contre tout régime et même contre toute prétendue réforme qui maintient une police des mœurs ; ce n'est pas seulement une iniquité, c'est un non sens hygiénique et juridique de ne retenir que la prostituée

(1) M. le Pr Gaucher dans une remarquable étude. « *Des moyens propres à prévenir la prostitution* » parue en 1901, n'avait pas craint de montrer quelle devait être la véritable *prophylaxie morale* dans une organisation sociale digne de ce nom. Le remède à la condition misérable du prolétariat féminin en matière sexuelle tenait pour lui dans les trois mesures suivantes : 1° recherche de la paternité ; 2° attribution à la fille déflorée des droits de l'épouse légitime ; 3° sanction pécuniaire ou pénale de l'abandon d'une maîtresse par l'amant. Le principe de cette triple réforme est que — nul ne peut contracter avec une fille pauvre une union temporaire, illégitime, sans encourir aucune responsabilité. (*Bulletin de la Société intern. de prophylaxie sanitaire et morale*, 1901, n° 4. Bruxelles, p. 313-318.)

syphilitique alors que le syphilitique « à trois ponts, a toujours *campos* ». M. Landouzy s'élève particulièrement contre la prétendue réorganisation votée à l'Hôtel de ville à la suite d'un accord entre M. le Préfet de police et le Conseil municipal, qui entraîne pour la femme l'obligation d'être porteuse d'un certificat de santé constatant la visite coercitive. Un droit commun d'hygiène et de légalité pourra seul organiser l'ordre véritable et conjurer l'extension des maladies vénériennes.

M. le Préfet de police Lépine constate que la clôture de la discussion générale était prématurée, puisque la discussion vient de se rouvrir par la nature même des choses. M. le Préfet croit que le mandat donné à la Commission par le ministre était un mandat précis, limité à l'examen de la réglementation. M. Bulot englobe dans une seule et unique conception de législation sexuelle des délits qui jusqu'ici n'avaient point été rapprochés.

M. Bulot dit qu'en effet sa pensée n'est pas seulement d'atteindre la prostituée scandaleuse, mais le prostituant, l'homme qui offre de l'argent, racole scandaleusement, mais aussi le souteneur, mais enfin l'homme *prostitué*, c'est-à-dire le pédéraste, M. Bulot veut, en un mot, atteindre toute manifestation éclatante de débauche intersexuelle ou invertie.

M. le Préfet Lépine croit précisément que M. Bulot encourt le reproche de trop embrasser et de mal étreindre ; cette conception est beaucoup trop vaste et risque de tout affaiblir dans la pratique, elle soulève d'ailleurs le gros problème du secret médical. Quant à lui, il préfère de beaucoup la proposition que M. le Sénateur Bérenger a déjà présentée à la Commission et qu'il va reproduire ; il demande que cette proposition soit d'abord discutée ; subsidiairement, la Commission pourra étudier comme *annexes* les projets de MM. Bulot, Augagneur, Gaucher et Landouzy.

M. le Sénateur Bérenger demande la parole pour exposer à nouveau son projet. Il dit d'abord qu'on joue sur les mots en avançant que l'on veut abolir toute réglementation. Que fait M. Bulot ? Il reconnaît que la syphilis est un danger puisqu'il la met dans la loi sanitaire de 1902, que le racolage est un délit puisqu'il le met dans l'article 330 C. P. En réalité M. Bulot reconstitue une réglementation. Peu importe dès lors que l'on ne parle pas de prostitution, de prostituée dans le texte des lois. Alors même que la loi parlerait de prostitution, cela ne voudrait pas dire qu'elle la reconnaît ; la loi parle du vol, elle ne le reconnaît pas. Le système de M. Bérenger est d'une extrême clarté et il est progressiste : sa base est la morale ; il maintient le mot de morale dans son préambule : la prostitution est un fait qui s'impose, il faut le reconnaître. La Société a donc deux devoirs : 1° celui d'assurer un régime légal à la prostitution ; 2° celui d'offrir à la femme tous les moyens de sortir de cet état. Loin de critiquer les dispositions arrêtées de concert par l'Hôtel de Ville et la Préfecture de police, M. Bérenger les accepte, et les tient pour une expérience administrative et sanitaire à pousser jusqu'au bout, mais il ne veut pas que le régime soit seulement issu de cet heureux accord, il le veut sanctionné par la loi. En résumé, M. Bérenger affirme qu'il maintient l'inscription, la maison de tolérance, la visite et l'internement coercitifs, tous points importants qui différencient absolument sa proposition de celle de M. Bulot.

M. le Pr Lande, de Bordeaux, déclare se rallier à la proposition de M. Bulot.

M. Yves Guyot dit qu'au point où les débats sont arrivés, il faut que la commission soit saisie de textes, de projets fermes, précis, et non pas d'orientations, de manifestations oratoires : il renouvelle la proposition qu'il a déjà faite que les trois propositions de MM. Bulot, Augagneur et Bérenger soient *hic et nunc* déposées sur le bureau.

Ces trois propositions rédigées sont remises à M. le Président Dislère qui met aux voix la clôture de la discussion générale.

La clôture ayant été prononcée, M. Dislère donne lecture à l'Assemblée des textes qui lui sont soumis.

M. Bérenger réclame la priorité pour le vote de sa proposition.

M. Augagneur déclare retirer sa proposition afin de laisser seules en présence les propositions de MM. Bérenger et Bulot, si M. Bulot consent à une modification dans l'article 1er de son projet.

Le texte définitif des propositions de MM. Bérenger et Bulot est arrêté comme suit :

Projet de M. Bérenger : 1° Il y a lieu d'organiser une surveillance spéciale de la prostitution des femmes ; 2° cette surveillance est organisée par la loi.

Proposition de M. Bulot : 1° Il y a lieu pour les pouvoirs publics d'organiser dans la loi du 15 février 1902 la *prophylaxie des maladies vénériennes* (amendement de M. Augagneur) ; 2° un système pénal atteindra les charlatans qui promettent mensongèrement la guérison des maladies vénériennes et punira les « docteurs d'urinoir » ; 3° un enseignement concernant les maladies intersexuelles sera donné à la jeunesse en temps utile ; 4° l'art. 330 C. P. sera révisé de manière à comprendre et punir le racolage scandaleux (sans distinction de sexe et de vice) ; 5° l'art 334 C. P. sera remanié de manière à protéger efficacement et plus longtemps les mineurs des deux sexes.

M. le Président Dislère consulte l'assemblée sur la question de savoir si elle veut voter à bulletin secret ou à mains levées : la Commission repousse à l'unanimité le vote à bulletin secret.

La proposition de M. Bérenger, mise aux voix, recueille *dix* suffrages.

La proposition de M. Bulot est adoptée par les *dix-neuf* voix qui s'étaient prononcées contre la proposition de M. Bérenger. Pas d'abstention. On a beaucoup remarqué le vote de MM. Yves-Guyot et Lépine, votant le premier pour la proposition de M. Bulot, le second pour celle de M. Bérenger. M. Turot a également voté la proposition de M. Bulot.

La prochaine séance a été fixée au vendredi 8 juillet,

BIBLIOGRAPHIE

La femme, conformation, fonctions, maladies et hygiène spéciales ; par le Dr Galtier-Boissière, in-4 de 118 pages. (Paris, Schleicher et Cie, 1904. Prix : 8 fr.)

L'auteur passe successivement en revue, d'une façon sommaire, l'état de la femme autrefois et aujourd'hui ; les modifications des organes et des fonctions communs aux deux sexes ; l'anatomie des formes de la femme, la conformation et les fonctions des glandes mammaires ; le lait ; la conformation et les fonctions des organes génitaux ; les règles, la puberté et la ménopause ; les modifications pathologiques des règles ; la grossesse et la fausse grossesse ; la stérilité. Après une courte note sur les maladies communes des deux sexes, M. Galtier-Boissière donne quelques notes sur les principales maladies des organes féminins ; l'hygiène dans laquelle sont compris la nubilité et le mariage, la grossesse, l'accouchement, les suites de couches. Le dernier chapitre est consacré à des statistiques sur le mariage, les accouchements, les naissances et les décès chez les femmes en France. Cet intéressant travail est illustré de 55 gravures dans le texte et de dix planches coloriées (1/2 grandeur naturelle), à feuillets découpés et superposés, formant 45 coupes anatomiques. Il résulte de cette énumération que ce livre curieux mérite bien d'être lu. Dr F.

Conférences pour l'Internat des hôpitaux de Paris ; par J. Saulieu et A. Dubois, internes des hôpitaux de Paris, avec fig. intercalées dans le texte. (J.-B. Baillière et fils, éditeurs.)

Cette publication, faite avec soin, est destinée à rendre de réels services aux candidats à l'internat des hôpitaux non seulement de Paris mais aussi de province.

La publication doit comprendre 30 fascicules. Chaque fascicule se vend 1 un franc. Les fascicules qui nous sont parvenus ont pour titres : 1° Larynx et trachée ; 2° Poumons et plèvre ; 3° Cœur ; 4° et 5° Thorax ; 6° Crâne et face ; 7° Œil et oreille ; 8° Encéphale ; 9° Moelle ; 10° Moelle et rachis ; 11° Cou et corps thyroïde ; 12° Langue, voile du palais, amygdales ; 13° Œsophage et estomac ; 14° Intestin ; 15° Rectum et périnée. — Nous annoncerons les autres fascicules au fur et à mesure de leur apparition. Dr F.

Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles ; par C. Crinon (11e édition, Rueff et Cie, 106, boulevard Saint-Germain.)

Cette revue toujours soigneusement rédigée et élégamment éditée tient le praticien au courant des nouveautés thérapeutiques. L'étendue consacrée à chaque article donne la mesure de l'importance pratique du médicament qu'il étudie. Les articles nouveaux les plus importants cette année sont le collargol, la dyspeptine, le formane, la gastérine, le glycogène, l'helmitol, le lysoforme, le purgène, la quinoformine, le tachiol, la théocine, le véronal, etc. La methode consciencieuse qui a toujours servi de règle étroite à cette publication en établit le mérite et la recommande aux praticiens. Le *Progrès médical* continuera d'ailleurs à lui faire de nombreux et précieux emprunts pour son formulaire. J. N.

VARIA

Association de la presse médicale française

La troisième réunion de 1904 de l'Association de la Presse médicale Française a eu lieu le vendredi 3 juin, au restaurant Marguery. — Une trentaine de membres y assistaient, sous la présidence de M. Delefosse, syndic, et M. Cornil, syndic honoraire.

Correspondance. — Lettres de remerciements de MM. les Drs Jocqs et Leredde, nommés membres titulaires à la dernière réunion. — Lettre de M. le Pr Pozzi, acceptant la mission qui lui a été confiée de représenter l'Association au cours de son voyage aux Etats-Unis.

Questions diverses. — M. le Secrétaire général a donné quelques indications relativement à l'état actuel des rapports de l'Association avec les Compagnies de Chemins de fer.

M. Leredde a posé à nouveau la question de l'installation défectueuse de la tribune des journalistes à l'Académie de Médecine. — On ne peut qu'attirer encore l'attention du Secrétaire perpétuel sur cet état de choses déplorable.

Congrès international de médecine de 1906. — M. le Secrétaire général a mis l'Association au courant des travaux faits pour l'organisation des Comités nationaux de propagande. Celui de France n'est pas encore constitué.

Conférence de M. le Dr G. Ballet sur les rayons N. — Après le dîner M. le Dr G. Ballet, spécialement invité par le Bureau, a fait une fort interessante conférence sur les Rayons N. Il a résumé d'abord l'histoire de leur découverte et de leur étude au point de vue physique, c'est-à-dire les travaux de M. le Pr Blondot, puis ceux de M. le Pr Charpentier, au point de vue physiologique. M. le Dr Ballet a terminé par l'exposé de ses propres recherches cliniques, qui sont fort curieuses, mais pas assez avancées pour être publiées.

Causerie de M. le Dr Marcel Baudouin sur les Puits funéraires. — M. le Dr Marcel Baudouin a clos cette réunion par la projection d'une cinquantaine de photographies relatives aux Puits funeraires, question archéologique toute d'actualité, par suite des découvertes recentes faites au Forum romain. — Ces photographies ont trait pour la plupart à la Mission dont il fut chargé l'an dernier par le Ministère de l'Instruction publique, et aux fouilles qu'il exécuta à cette époque en Vendée.

Le Monument Panas.

Les amis, les admirateurs et les obligés du Professeur Panas ont eu l'idée d'élever un monument destiné à perpétuer le souvenir du créateur de la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Ce monument, dû au sculpteur André Boucher, représente le professeur assis dans la salle de consultation ; à ses côtés : un enfant aveugle, vers lequel le praticien tend la main, prêt à l'examiner. Il est placé dans la salle dite Polyclinique Panas. Une médaille commémorative, due au graveur Bottée, a été frappée et représente : à l'avers, les traits de Panas, au revers, la Science soulevant un bandeau. Cette inscription y est tracée : *Arte et studio e tenebris in lucem revocat.*

Dimanche dernier, tous étaient réunis autour du monument commémoratif, dans la grande salle de la Clinique qui portera désormais son nom. De nombreux discours rappelèrent les brillantes qualités scientifiques du maître, son énergie au travail, son devouement à ses amis.

M. le Professeur Guyon a remis le monument au directeur de l'Assistance publique.

M. Mesureur lui a répondu, évoquant la Grèce, patrie du professeur :

« Quand Panas, à l'apogée de sa gloire, fatigué de sa longue tâche, suivait sur lui-même les progrès du mal inéluctable qui devait l'emporter, sa pensée parfois devait se reporter vers les paysages lumineux de Céphalonie où il avait vécu dans sa jeunesse ; il devait rattacher, à travers les âges, la chaîne des hommes qui ont illustré sa patrie grecque et pensait sans doute, lui, l'ouvrier laborieux d'une œuvre de science et de bonté humaine, qu'il n'avait pas démérite. Peut-être aussi, eut-il le regret de ne pas vivre aux temps de l'Iliade. Il aurait eu la joie de rencontrer sur la route de la vieille Samos le divin Homère, pour rendre à ses yeux morts la vue de l'immortel soleil, baignant de ses rayons ardents toutes les républiques de l'Hellade. »

Puis, le successeur de Panas, le Professeur de Lapersonne, a retracé la vie scientifique du créateur de l'enseignement ophtalmologique dans les Facultés de France.

Après quelques paroles de M. Delyanni, ministre de Grèce à Paris, au nom de ses compatriotes, M. Debove, doyen de la Faculté de medecine, a prononcé une courte allocution.

Enfin M. Van Duysse, professeur à l'Université de Gand, au nom des Universités etrangères ; M. Nélaton, au nom des anciens élèves, ont pris la parole.

M. le Prof. Jaccoud, dans un discours éloquent mais impitoyablement académique, a dépeint le caractère de celui qu'il eut pour ami et pour collègue à l'Académie de médecine.

M. Chaumié présidait cette cérémonie, il a remercié au nom du gouvernement français, l'homme qui, sans se montrer infidèle à son pays d'origine, sut aimer et honorer le nôtre.

Les palmes académiques ont été remises à MM. Scrini, chef de clinique, et Monthus, chef de laboratoire à l'Hôtel-Dieu.

La loi militaire et les médecins.

La Chambre des deputes discute le projet de loi militaire réduisant à deux ans la duree du service dans l'armee active. Elle a voté l'article 24, qui a trait aux étudiants en médecine et dont voici le texte :

Les docteurs ou les étudiants en médecine munis de 12 inscriptions, qui ont subi avec succès, à la fin de leur première année de service, l'examen de médecin auxiliaire, sont nommés à cet emploi et accomplissent leur deuxième année de service comme médecins auxiliaires.

Voici d'autre part l'article 25, qui règle la situation des élèves du service de santé.

« Les élèves en médecine du service de santé militaire et les élèves militaires des écoles vétérinaires contractent dès leur admission aux écoles l'engagement de servir dans l'armée active pendant six ans au moins, à dater de leur sortie des ecoles, s'ils ont satisfait aux examens de sortie et pendant trois ans au moins, s'ils n'ont pas satisfait à ces examens.

« Les uns et les autres accomplissent immédiatement après l'école deux ans de service dans un corps de troupe aux conditions prévues à l'article.

« Les premiers entrent ensuite soit à l'école d'application

du service de santé militaire, comme aides-major ; de 1re classe, soit à l'école d'application de cavalerie comme aides vétérinaires également de 1re classe.

« Les seconds, s'ils réussissent à passer avant l'expiration de leur engagement les examens qui donnent droit au grade d'aide-major ou d'aide-vétérinaire, terminent, s'il y a lieu, leurs deux années de service actif dans un corps de troupe, dans les conditions de l'article 24, et entrent ensuite au Val-de-Grâce ou à Saumur, comme aides-majors ou aides-vétérinaires.

Dans ce cas leur engagement précédent est annulé et ils contractent, à dater de leur entrée à l'école d'application du service de santé militaire ou à l'école d'application de cavalerie, l'engagement de servir pendant quatre ans au moins dans l'armée active.

Ces dispositions sont également applicables aux élèves de l'école de médecine navale et aux élèves de l'école d'administration de la marine.

LES CONGRÈS

Le premier Congrès national d'hygiène sociale.

L'Alliance d'hygiène sociale, que préside M. Casimir-Périer, ancien président de la République, a pris sous son patronage un Congrès national d'hygiène sociale qui se tiendra à Arras du 17 au 20 juillet prochain, à l'occasion de l'exposition ouverte dans cette ville, et qui a été organisée par un comité à la tête duquel se trouvent M. Victor Dubron, avocat à Douai, et le docteur Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille.

Ce congrès, examinera trois questions : 1° La question des *eaux résiduaires*, qui présente un si vif intérêt pour toutes les localités dont les rivières sont souillées par des résidus liquides d'usines. Cette question sera traitée par le Dr Calmette et MM. Bodin, Vié, ingénieurs, Georges Maire, avocat ; 2° La question de la *puériculture*, c'est-à-dire de la surveillance du lait destiné aux enfants et l'organisation des consultations de nourrissons, gouttes de lait ou mutualités maternelles. M. Bordas, assistant au Collège de France, traitera, à ce propos, du lait et de ses falsifications ; 3° La question de la *tuberculose*, envisagée surtout dans ses rapports avec les Sociétés de secours mutuels.

La journée du 20 sera consacrée à une excursion à Lille et à Dunkerque où les congressistes visiteront des œuvres très intéressantes, telles que l'Institut Pasteur de Lille et le Sanatorium d'enfants de Zuidschoote. A la séance de clôture, plusieurs membres du bureau du comité central, représentants des grandes fédérations composant l'Alliance, prendront la parole, entre autres : MM. le professeur Brouardel, Cheysson, membres de l'Institut ; Mabilleau, président de la Fédération nationale de la mutualité ; Siegfried, député ; Strauss, sénateur.

FORMULES

I. — Contre la bronchite chronique.

Respirer plusieurs fois par jour de l'air qui, dans un flacon à deux tubulures, aura barboté dans le liquide :

Essence d'Eucalyptus	30 gr.
Menthol	5 gr.
Thymol	2 gr.
Gaïacol cristallisé	5 gr.
Eau distillée	200 gr.

K.

Eglise du Sacré Cœur. — Dans un article du *Journal* du 21 juin, M. Jean de Bonnefon énumère les chapelles spéciales : chapelle de l'agriculture (don de 98.000 fr.). Chapelle du commerce, chapelle des marins (don de 208.000 fr.), la chapelle de l'armée (don de 209.000 fr.), etc. et la *chapelle de la médecine*, la *plus pauvre* de toutes, avec 6.000 fr. » Cela fait honneur aux médecins qui manquent de foi et de superstition.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 12 juin au samedi 18 juin 1904, les naissances ont été au nombre de 1.025, se décomposant ainsi : légitimes 780, illégitimes 245.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Du dimanche 12 juin au samedi 18 juin 1904. les décès ont été au nombre de 758. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 2. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 1. — Variole : 1. — Rougeole : 14. — Scarlatine : 3. — Coqueluche : 10. - Diphtérie et Croup : 2. — Grippe : 2. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 2. — Tuberculose des poumons : 180. — Tuberculose des méninges : 20. — Autres tuberculoses : 17. — Cancer et autres tumeurs malignes : 44. — Méningite simple : 21. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 39. — Maladies organiques du cœur : 50. — Bronchite aiguë : 2. — Bronchite chronique : 7. — Pneumonie : 24. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 66. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 2. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 2 ; autre alimentation : 19. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 2. — Hernies, obstruction intestinale : 6. — Cirrhose du foie : 5. — Néphrite et mal de Bright : 28. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 5. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 3. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 2. — Débilité congénitale et vices de conformation : 22. — Débilité sénile : 17. — Morts violentes : 19. — Suicides : 7. — Autres maladies : 101. — Maladies inconnues ou mal définies : 8.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 67, qui se décomposent ainsi : légitimes 41, illégitimes 26.

Diplôme de chirurgien-dentiste. — Conformément à l'arrêté du 29 juillet 1895, une session d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvrira à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, le 4 juillet 1904. — I. — *Conditions d'admission*. — Sont seuls admis à se présenter à cette session : 1° Pour les trois examens, les dentistes inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1892 ; les candidats qui justifient d'un cours régulier d'études dans une des écoles d'enseignement dentaire existant en France à la date du 25 juillet 1893 ; 2° Pour les deux derniers examens, les dentistes de nationalité française, inscrits au rôle des patentes antérieurement au 1er janvier 1889 ; 3° Pour le deuxième examen, les dentistes pourvus, antérieurement au 1er novembre 1893, d'un diplôme délivré par l'une des écoles d'enseignement dentaire existant en France à la date du 25 juillet 1893.

II. — *Pièces à produire.* — Les candidats produiront les pièces suivantes : Un extrait authentique de leur acte de naissance, et, s'il y a lieu, une traduction également authentique de cette pièce ; un extrait de leur casier judiciaire ; et, suivant le cas : un certificat constatant leur inscription au rôle des patentes au 1er janvier 1892, ou antérieurement au 1er janvier 1889 ; un certificat constatant qu'ils sont Français ; le diplôme qu'ils ont obtenu devant une école d'enseignement dentaire de France, antérieurement au 1er novembre 1893 ;

A ces pièces, les candidats élèves des écoles dentaires, visés au paragraphe Ier de cette affiche, devront joindre : 1° soit un diplôme de bachelier, soit le certificat d'études prévu par le décret du 30 juillet 1886, modifié par le décret du 25 juillet 1893, soit le certificat d'études primaires supérieures ; 2° un certificat constatant qu'ils ont accompli, dans une des écoles dentaires, des études complètes et régulières. A ce certificat sera joint un extrait des registres de l'école indiquant les dates d'entrée, d'inscriptions, etc. ; 3° un certificat individuel délivré par M. le directeur des travaux scientifiques de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, certificat justifiant du travail de l'élève et de son assiduité aux travaux pratiques de dissection.

III. — *Consignations.* — Les consignations seront reçues, au secrétariat de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, les lundis 27 et mardi 28 juin 1904. Les candidats consigneront les droits d'examen, de certificat d'aptitude et de diplôme fixés par le décret du 14 février 1894 (30 fr. pour chaque examen, 20 fr. pour chaque certificat d'aptitude, et 100 fr. pour le diplôme.) Il sera fait remboursement, aux candidats ajournés, des droits de certficats et de diplôme, selon les cas. Les examens auront lieu à partir du 4 juillet 1904.

Modifications de l'externat. — M. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, vient d'adresser la circulaire suivante aux médecins et chirurgiens des hôpitaux.

« Monsieur le Docteur, j'ai l'honneur de porter à votre connaissance certaines modifications introduites dnns le règlement général sur le service de santé par l'arrêté du 17 mai dernier que j'ai

pris sur l'avis du Conseil de surveillance et qui a été approuvé le 28 du même mois par M. le Prefet de la Seine.

« Aux termes des dispositions nouvelles, qui n'auront pas, bien entendu, d'effet rétroactif, et ne seront applicables qu'aux Externes à nommer à la suite du prochain concours (1904), les Externes des hôpitaux sont nommés pour *deux* ans, mais ils peuvent être réinvestis successivement pour une troisième, une quatrième, une cinquième et une sixième année par arrêté du Directeur de l'Administration sur le vu de leurs notes confidentielles. Ainsi se trouve abrogée la disposition ancienne qui obligeait les Externes en fonctions à subir de nouveau le concours après trois années d'exercice.

« Les notes confidentielles sont données aux élèves non plus annuellement, mais *tous les six mois*, pour le 15 avril et pour le 15 novembre. Je vous ferai parvenir en temps utile les états nécessaires à cet effet par MM. les Directeurs des établissements auxquels vous voudrez bien les remettre ensuite après y avoir consigné vos observations sur la manière dont chacun de vos élèves se sera acquitté de ses fonctions.

« Je n'ai pas besoin, Monsieur le Docteur, d'appeler votre attention sur l'intérêt qui s'attache à ce que l'Administration soit exactement renseignée sur le travail et le zèle des Externes puisque dans la pensée du Conseil de surveillance, aussi bien que dans celle de l'Administration, les notes sont destinées à mettre cette dernière en situation de n'accorder la faveur de la réinstitution qu'aux Externes qui s'en montreraient dignes. C'est également dans le but d'obtenir de ces Elèves la plus grande exactitude que le conseil a estimé qu'il convenait d'inviter par une disposition formelle du règlement MM. les Chefs de Service à faire chaque jour l'appel nominal de leurs Elèves.

« Je suis assuré d'avance que vous voudrez bien prêter à l'Administration tout votre concours pour que les dispositions nouvelles, indispensables à la bonne exécution du service hospitalier, soient rigoureusement observées.

Concours public. — *La Société de Préservation contre la Tuberculose* décernera en mars 1905 un prix de *500 francs* à l'auteur du mémoire (16 à 20 pages in-8) jugé le plus capable de servir la cause de l'éducation populaire anti-tuberculeuse. Pour les conditions du concours, s'adresser au Secrétariat Général, 33, rue Lafayette, Paris.

Correspondance. — Paris, le 22 juin 1904. — Monsieur le Directeur. — Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me prêter votre aimable concours pour faire cesser une équivoque qui me vaut journellement un grand nombre de lettres et de cartes. Le concours d'assistant d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de deux titulaires, et d'un adjoint qui porte le même nom que moi : d'où les félicitations qui se trompent d'adresse. Je n'en remercie pas moins sincèrement les confrères qui, oubliant que j'ai été nommé titulaire il y a déjà sept ans, veulent me rajeunir ! entre l'assistant de 1897 et l'adjoint de 1904 il n'y a...... qu'une homonymie. Aussi, pour éviter dans l'avenir semblable méprise, j'énoncerai toujours mon prénom.

Je vous prie, Monsieur, etc. Dr *Georges* Laurens.

Nous devons ajouter un mot qui expliquera peut-être le nombre de lettres et de cartes adressées à tort à M. le Dr Georges Laurens, c'est que depuis deux ans seulement, il existe un concours d'oto-rhino-laryngologie. C'est là surtout ce qui fait la différence entre le titulaire de 1897 et l'adjoint de 1904. Aussi, adressons-nous à nos collaborateurs et anciens internes, MM. les docteurs Bellin et *Paul* Laurens, nos félicitations cordiales et, à ce dernier, nos souhaits pour son succès définitif. (N. D. L. R.)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Mordret, du Mans, membre correspondant de l'Académie de Médecine, de M. le Dr Waenkenthaler, d'Arpajon (Cantal), de M. le Dr Basset, de Lanvollon (Côtes-du-Nord).

Chronique des hôpitaux.

Hopital Cochin-Ricord. — *Cours pratique de diagnostic et de traitement des maladies vénériennes.* — Le Dr Queyrat commencera son cours le 11 juillet. Les élèves seront exercés individuellement au diagnostic clinique et bactériologique, ainsi qu'aux divers modes de traitement de ces affections. Le cours sera terminé le 6 août. Le prix d'inscription est de 60 francs. Pour les heures et le programme des leçons et des exercices pratiques, s'adresser au Laboratoire du Dr Queyrat, à l'hôpital Cochin Ricord, 111, boulevard de Port-Royal, tous les jours, de 10 heures à midi.

Hôtel-Dieu. — *Cours pratiques d'oto-rhino-laryngologie.* Le Dr Guisez, ancien interne des hôpitaux, recommencera, le samedi 9 juillet, à 3 heures, son *cours d'oto-rhino-laryngologie.* Ce cours sera essentiellement *pratique*, comprendra dix leçons et durera trois semaines (examen de malades, petites interventions). S'inscrire les mardi et samedi, de 4 heures à 9 heures à la consultation d'oto-rhino laryngologie de l'Hôtel-Dieu. Les droits à verser sont de 50 francs, payables en s'inscrivant.—Le nombre des places est limité.

Hospice de Bicêtre. — Bourneville. Visite et représentation de malades le samedi à 9 heures et demie très précise.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE

16, rue Hautefeuille.

CHIPAULT. — Chirurgie nerveuse d'urgence. 1 vol. In-16 de 96 pages. cartonné. Prix.................................... 1 fr. 50

LE DENTU. — Clinique chirurgicale. 1 vol. Gr. in-8° de 664 pages, avec figures. Prix.................................... 15 fr.

MAHAV. — Traitement de l'appendicite aiguë. 1 vol. gr. In-8° de 120 pages. Prix.................................... 3 fr.

H. LABBÉ. — Principes de diététique. 1 vol. In 16 de 330 pages. Prix.................................... 3 fr. 50

R. LAFFON. — Hygiène rurale. 1 vol. In-18 de 160 pages. Prix.................................... 2 fr.

E. LEFAS — Hématologie et cytologie cliniques. 1 vol. cartonné in-18 de 200 pages avec 5 planches en couleurs et fig. Prix. 3 fr.

F. L. DUMONT. — Traité de l'anesthésie générale et locale. Edition française par F. Cathelin. 1 vol. In-8° de 380 pages avec 180 figures. Prix.................................... 8 fr.

OWEN (Edmund). — Cleft-Palate, and Hare-Lip. 1 vol. Ce volume est le 10° d'une série de *Monographies*. In-8° de 112 pages. Librairie Baillière Tyndall et Cose. London.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

IMPRIMERIE DAIX FRERES, CLERMONT (OISE).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

3e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XX. N° 28. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 9 JUILLET 1904

Le Progrès Médical

La Préservation contre la tuberculose dans les Ecoles du Ve Arrondissement de Paris

Jeudi 30 juin, à 8 heures 1/2, à la mairie du Panthéon, sous la présidence de M. Desplas, président du Conseil Municipal de Paris, assisté de M. Lampué, conseiller municipal, de toute la municipalité et des notabilités de l'arrondissement, M. André Lefèvre a fait une intéressante conférence sur la lutte contre la tuberculose dans les Ecoles. Cette conférence avait pour but de susciter la création d'une société destinée à prendre les mesures nécessaires pour préserver de la tuberculose les enfants des écoles de l'arrondissement. Imbu des idées généreuses et pratiques de M. Albert Robin et du Pr Grancher, M. A. Lefèvre a montré la difficulté de la tâche et la méthode à suivre pour parvenir à obtenir les résultats appréciables.

CLINIQUE MÉDICALE

Amygdalite ulcéro-membraneuse ou angine diphtéroïde de Vincent ;

Par le Dr **DUBAR**
Laryngologiste du Dispensaire de la Maison-Blanche.

Le 14 décembre 1901, Mme X, âgée de 29 ans, femme d'un officier de dragons en activité de service dans un régiment, vient me consulter parce quelle est « *dure d'oreille* » depuis plusieurs années.

Depuis quinze jours elle souffre de la gorge, modérément et d'une manière intermittente, de telle façon qu'elle ne conçoit aucune inquiétude de cette indisposition.

Ce qui l'amène à consulter c'est la surdité qui a augmenté avec l'apparition des premiers symptômes pharyngiens, et en même temps la réapparition du pus dans l'oreille gauche.

L'oreille *droite* montre un tympan épaissi, porcelainé, scléreux. Au spéculum de Siègle, l'immobilisation des osselets est complète — l'étrier est ankylosé dans la fenêtre ovale et le tympan est rigide comme une feuille de parchemin.

L'oreille *gauche* suppure d'abondance et la fétidité est très accusée. Après lavage soigné et dessiccation à la ouate hydrophile, on aperçoit au fond du conduit une vaste perforation avec des débris de tympan qui la bordent. Le fond de la caisse est granuleux, rouge ; l'exploration au stylet fait percevoir une carie de la tête du marteau, et le rocher est dénudé au niveau du mur de la logette.

L'eau de lavage ramène des paillettes agglutinées, c'est du cholestéatome ; la suppuration date de l'enfance. L'examen de l'oreille est douloureux, le plus léger attouchement provoque des mouvements de défense impossibles à surmonter.

Comme antécédents personnels : la rougeole, la scarlatine, la variole. L'otorrhée remonte à cette époque, — il est tout au moins vraisemblable de le penser — mais il est impossible de noter à quel moment elle apparaît.

La santé générale a toujours été délicate, l'appétit nul,

le teint pâle, et la fatigue survenait vite après le moindre effort.

Le *pharynx* est hyperhémié, surtout à droite, et ce qui frappe immédiatement, c'est la présence d'une petite ulcération en coup d'ongle ressemblant à une plaque muqueuse dont le siège est à un centimètre du bord libre du pilier antérieur droit à mi-hauteur. Autour de cet élément, la rougeur est plus marquée.

Les *fosses nasales* sont perméables et suffisantes.

L'examen des dents montre que les deux dernières molaires inférieures droites sont cariées — la dernière presque détruite. Les autres dents sont saines, mais il existe du tartre au niveau du collet.

Comme prescription : un gargarisme au salol et à l'essence de thym, une pommade à l'aristol pour le nez. Trente centigrammes d'antipyrine le soir.

Le 18, je revois la malade — la dysphagie a augmenté ; aux lieu et place de la petite ulcération existe un placard blanc, adhérent : l'amygdale droite présente une ulcération à grand axe oblique, à bords taillés à pic à contours irréguliers, à fond anfractueux grisâtre et saignant au moindre contact. Comme étendue elle occupe le tiers supérieur de l'amygdale, mais elle remonte en haut en forme de croissant pour occuper une grande partie de la fossette supra-amygdalienne.

L'amygdale malade est à peine augmentée de volume elle n'est pas indurée ; elle est accompagnée d'une tuméfaction des deux ganglions sous-maxillaires correspondants.

La luette ne présente pas d'œdème et l'amygdale correspondante ne présente aucune particularité.

L'haleine est fade mais non fétide ; le teint est jaune-paille, pas de température ; anorexie et courbature. A l'aide d'une pince flambée, il est prélevé une parcelle de la fausse membrane qui recouvre l'ulcération et l'examen est pratiqué entre deux lamelles.

On constate des bacilles fusiformes nombreux, mais pas de spirilles, accompagnés de staphylocoques, hôtes habituels de la cavité bucco-pharyngée.

Comme *pansement*, détersion à l'eau oxygénée médicinale pure à 12 volumes. Régime lacté.

Le 21, la fausse membrane est plus épaisse, mais moins adhérente.

L'ulcération régresse au niveau de l'amygdale pour se localiser à la fossette sus-amygdalienne ; la dysphagie est moins marquée, l'état général s'améliore, détersion de la plaie à l'eau oxygénée ; gargarismes antiseptiques fréquents et asepsie nasale.

Le 15 janvier, la guérison est complète; il n'y a plus trace d'ulcération, la santé est redevenue bonne. Plus de dysphagie, le sommeil a reparu.

Quelques jours après, le 26, réapparaissent dans la soirée, la dysphagie et la courbature ; le cou redevient douloureux à droite, avec tuméfaction: la température monte à 38,7 accompagnée d'un flux salivaire très abondant.

A l'examen, on constate une languette de tissu sphacelé qui reste adhérente par sa base et remonte en manière d'écharpe jusqu'au sommet des piliers, traversant obliquement toute l'amygdale et la fossette supra-amydalienne.

A la partie la plus élevée, il existe un pertuis, s'enfonçant dans l'épaisseur du voile et comblé par un exsudat pseudo-membraneux.

De nouvelles applications d'eau oxygénée sont faites au niveau des lésions, et l'amélioration ne tarde pas à se produire, mais la tache blanche persiste.

Le 3 février, localement, il n'y a plus trace d'ulcération, la guérison est obtenue et la malade se rend dans le Midi, dans un état de faiblesse et d'anémie très marquées.

Les points particuliers qui nous ont paru intéressants sont d'ordre bactériologique, clinique et thérapeutique.

L'*amygdalite ulcéro-membraneuse* constitue actuellement un type clinique bien défini; caractérisé par la présence d'une fausse membrane où l'on trouve un bacille spécifique, le bacille de Vincent.

Cette affection daterait depuis bien longtemps, puisqu'elle aurait décimé une partie des armées de Marie-Thérèse (1). En réalité, elle a été signalée et décrite pour la première fois par Ruault en 1894 dans une note communiquée à la Société de laryngologie de Paris (2), intitulée « *Sur l'amygdalite gangreneuse bénigne primitive* » où l'auteur rapporte quatre cas, dont trois jeunes gens de 19 à 21 ans, et le quatrième chez une femme de 28 ans.

L'auteur met en relief les caractères cliniques importants. La lésion siège de préférence au niveau du tiers supérieur de l'amygdale ; on y constate un fond anfractueux qui, après nettoyage, se montre saignant ; les bords sont taillés obliquement, nets et sans décollements ; il existe toujours un peu de catarrhe diffus de la gorge.

Lermoyez et Helme en rapportent une observation ; Raoult et Thiry observent des cas analogues et démontrent que la forme diphtéroïde et la forme ulcéreuse ne sont que les deux stades d'une même maladie.

De nombreux cas sont rapportés, et Raoult et Brindel, en mai 1900 (3), n'hésitent pas à considérer le bacille de Vincent comme pathogène de l'amygdalite ulcéromembraneuse.

Au point de vue bactériologique, en 1894, Vincent professeur agrégé au Val-de-Grâce, décrivait un bacille spécial qui depuis porte son nom, renflé au centre, effilé à ses deux extrémités, mais plus *long* et plus *gros* que le bacille de Lœffler.

Habituellement, il est associé aux hôtes de la cavité buccale (staphylocoques dans notre observation) et fréquemment il est accompagné de spirilles fins, minces, ondulés présentant trois ou quatre tours de spire ; l'absence de ces spirilles vaut d'être signalée, leur présence serait caractéristique des formes cliniques à fétidité très marquée. Dans notre cas la fétidité n'a jamais existé à proprement parler, même au début. Ultérieurement, l'emploi de l'eau oxygénée semble avoir été d'un précieux concours en prévenant le développement de ces spirilles.

La carie dentaire a été incriminée dans le développement de cette affection ; sans doute, nous l'avons observée dans notre cas, mais il est bon de dire qu'il existe peu de bouches où l'examen dentaire ne décélerait pas un point de carie, et nous savons que l'angine de Vincent est d'une très grande rareté.

La dominante étiologique semble toujours être la débilité de l'organisme, ou le ralentissement de la nutrition.

Dans sa marche, elle est caractérisée par des rechutes et dès lors sa durée, très variable, peut s'étendre de 15 jours à deux mois et plus.

Cette durée est intimement liée aux complications locales ou générales qui peuvent survenir. Une ulcéra-

(1) Lesueur (Thèse de Paris, 1900).
(2) Société française de laryngologie, 1900.
(3) *Annales des maladies de l'oreille*, 1894.

tion vaste, siégeant dans la région amygdalienne, est une porte d'entrée pour toutes les infections. Le Dr Nicolle (1), de Rouen, a signalé la survenance d'une éruption douloureuse en placard œdémateux analogue à l'érythème noueux au 6e jour d'une amygdalite chancriforme d'origine fuso-spirillaire.

Siredey et Mantoux (2) ont signalé une ulcération qui avait envahi le voile du palais et la voûte palatine, compliquée d'albuminurie passagère. Auché (3) rapporte un cas où l'infection diphtérique s'est développée sur une angine à bacilles fusiformes et malgré une injection préventive de sérum antidiphtérique.

Le même auteur rapporte la destruction complète de la luette survenant au 5e jour d'une amygdalite fuso-spirillaire associée à l'angine diphtérique secondaire.

Localisée dans la bouche, l'infection fuso-spirillaire peut produire des suppurations buccales ou péribuccales et notamment la suppuration des cavités accessoires de la face, comme en témoigne l'observation de Lichtwitz et Sabazès (4).

Comme *diagnostic*, à la période où existe une membrane épaisse, s'il y a de la dysphagie, de la fièvre, de l'adénite, seul, l'examen bactériologique peut trancher la question entre le « Lœfller » et le « Vincent ». A la période ulcéreuse, chez un adulte, il sera parfois difficile de faire un diagnostic différentiel avec le *chancre syphilitique.* Le cas de Barbier (5) est tout à fait significatif, puisque le malade en observation contracta la syphilis avec un accident initial par une autre voie.

Dans l'angine ulcéro-membraneuse, il existe rarement plus d'un ou deux ganglions, dans le chancre amygdalien primitif la polyadénite est la règle.

Dans la *gomme syphilitique*, les amygdales palatines sont rarement le point de départ d'une gomme circonscrite, et cependant nous venons d'en observer un cas très net, chez une malade qui contracta la syphilis par un chancre amygdalien il y a 4 ans, et qui actuellement présente une gomme au niveau de la même amygdale.

L'accident gommeux tertiaire de la syphilis évolue selon trois phases : infiltration, ramollissement et ulcération.

Son évolution est lente, insidieuse et ne provoque qu'une douleur très légère, perçue à certains moments, et de préférence pendant la déglutition matinale. A ce moment, en effet, il existe une certaine gêne.

A la période d'infiltration, le voile bombe fortement et à son niveau la muqueuse est rouge-brique. A la phase d'ulcération, on constate une petite caverne qui va s'agrandissant chaque jour, les bords sont nets et taillés à pic, et du cratère sort un exsudat filant formé de muco-pus. Fréquemment, il se développe à proximité de nouvelles ulcérations qui ne tardent pas en certains cas à se rapprocher en donnant l'aspect d'une écumoire (Escat).

Seule, la rhinoscopie postérieure, en de pareils cas, renseignera exactement sur l'étendue des lésions.

Dans la *tuberculose chronique ulcéreuse*, le début est beaucoup moins brusque que dans l'angine ulcéro-membraneuse.

Des granulations grises d'abord, jaunes ensuite, apparaissent; elles se ramollissent bientôt, créant une ulcération dont les bords sont nets, mais dont les contours sont découpés, irréguliers ; le fond de l'ulcération est jaunâtre. Enfin, fréquemment, on observe des granulations périphériques analogues aux points blancs que Trélat avait signalé dans la tuberculose linguale.

Au niveau des amygdales, l'ulcération peut être profonde, anfractueuse ; des fongosités peuvent s'élever ; mais le fond est grisâtre, ne saigne jamais et la sécrétion est peu abondante.

Au point de vue prophylactique, il faut noter que cette affection est contagieuse (Brindel, Théry, Vincent).

Tout récemment, Costa (1) a rapporté le cas de deux angines à bacilles fusiformes s'étant développées à quelques jours d'intervalle chez deux brigadiers d'un même escadron, liés d'amitié et en rapports constants.

Cette contagion peut s'opérer directement de bouche à bouche ou par l'intermédiaire des objets usuels qui servent en commun.

Au point de vue du traitement, les auteurs utilisent le bleu de méthylène, qui est porté directement à l'aide d'un coton monté. Sans contester les résultats obtenus par nos devanciers, nous avons donné la préférence aux attouchements à l'eau oxygénée pure à 12 volumes, combinés avec les gargarismes et les bains de bouche antiseptiques.

(1) *Mémoires et Trav. du Laboratoire bactériologique de l'Ecole de médecine de Rouen*, 189..

(2) *Société Médicale des Hôpitaux*, octobre 1901.

(3) *Gazette hebdomadaire des sciences méd. de Bordeaux*, nov. 1903.

(4) *Archives internationales de laryngologie*, 1899.

(5) *Société médicale des Hôpitaux*, 1898.

THÉRAPEUTIQUE

De quelques formes de nanisme et de leur traitement par la glande thyroïde ;

Par **BOURNEVILLE** et **LEMAIRE**.

(Suite) (2).

§ II. Nanisme avec infantilisme.

Les faits que nous allons rapporter sont relatifs à des malades atteints de nanisme avec *infantilisme*, léger ou prononcé, partiel ou portant sur l'ensemble du corps. L'infantilisme, on le sait, est caractérisé essentiellement par la persistance, chez un adulte ou un adolescent, des caractères physiques et intellectuels de l'enfant. L'infantile est très généralement plus petit que la moyenne des individus normaux de l'âge. Mais l'infantile peut présenter tous les caractères de l'enfant, sauf la petitesse de la taille ; on peut être infantile sans être nain, on peut même être atteint de *gigantisme*.

L'adolescent, au lieu de devenir pubère, reste avec les caractères de l'enfant : la physionomie n'est pas en rapport avec l'âge ; le tronc, en particulier le bassin, n'est pas développé, les membres sont grêles, les systèmes pileux et adipeux sont nuls ou au-dessous de la moyenne en général (mais non toujours, ainsi que nous en relaterons des exemples). L'infantilisme, au point de vue physique, porte également sur les seins, la verge et les testicules, qui ne se développent que lentement. Pourtant, la taille est normale ou même exagérée (il y a des géants infantiles), tantôt elle est en retard. Souvent le caractère reste enfantin, les facultés intellectuelles demeurent en retard. Nous ne nous occuperons que des *infantiles avec nanisme*.

Nous allons rapporter l'observation de quelques malades traités par la glande thyroïde, laissant de côté celle de trois malades, chez lesquels les caractères du nanisme avec infantilisme sont très nets et que l'on trouvera dans le *compte-rendu* de 1903.

(1) *Presse médicale*, no 100, 1903.

(2) Voir les numéros 24, 25, 26 du *Progrès médical*.

Obs. XXXVII (1). — Idiotie ; Pyromanie ; Nanisme avec infantilisme.

Sommaire. — *Père, alcoolique invétéré ; tremblement ; caractère violent ; rhumatisant. — Grand-père paternel alcoolique. — Grand'mère paternelle morte hémiplégique.—Tante paternelle très petite. — Plusieurs grands-oncles et tantes paternels morts de tuberculose. — Mère, caféisme ; caractère très violent ; colères furieuses. — Grand'père maternel, mort de tuberlose pulmonaire. — Grand'mère maternelle, très coléreuse, morte d'un cancer de l'utérus.—Deux cousins morts de méningite. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 15 ans* (père plus âgé). — *Frère mort d'une méningite. — Conception dans l'ivresse alcoolique. — Grossesse accidentée par des coups et des syncopes. — Première dent à 10 mois. — Marche et début de la parole à 6 ans.— Grincement de dents.—Krouomanie. — Accouchement à 8 mois et demi. — Gâtisme persistant.— Description du malade.—Nanisme et infantilisme.— Traitement thyroïdien.* (1895-1898)

Chail.. (Charles), né à Paris le 13 octobre 1883. Entre dans le service le 7 février 1893.

Antécédents héréditaires (*Renseignements fournis par la mère,* le 3 mai 1893).— Père, 60 ans, journalier : *alcoolique* avéré ; il était presque constamment en état d'ébriété. Il est atteint maintenant d'un *tremblement* dû à l'intoxication par l'alcool. Tabagisme. Syphilis peu probable. Caractère violent et emporté, vindicatif. *Rhumatisant.*

Famille du père. Père mort à 72 ans, *alcoolique. Mère,* très nerveuse, morte après *hémiplégie. Frères et sœurs* au nombre de vingt-quatre. Quatre seulement survivent. Parmi eux certains étaient nerveux. Une de ses *sœurs* est morte *folle* à la Salpêtrière.

Mère, 45 ans, blanchisseuse. Elle s'est intoxiquée par le *café.* Elle a un caractère extrêmement emporté, et se met en colère au moindre motif. Ses colères sont de véritables fureurs qui la rendent malade pendant huit jours. Elle mesure 1m 59.

Famille de la mère. Père mort à 53 ans de *tuberculose pulmonaire. Mère* morte à 40 ans d'un *cancer de l'utérus* ; coléreuse comme sa fille.

Pas de consanguinité. Différence d'âge de 15 ans entre les conjoints. 6 *enfants.* Les deux premiers sont bien portants et normaux. Le troisième est mort à un mois d'une affection mal déterminée.Le cinquième est mort en bas-âge de *méningite.* Le sixième est mort d'une pleurésie. Une sœur, 30 ans, peu intelligente, n'a que 1m 50.

Le père de Chail.. est entré à l'hospice de Bicêtre, comme atteint de *sclérose combinée.* Interrogé de nouveau, il a affirmé qu'il n'y a pas de nains dans sa famille. *Il a été réformé par défaut de taille* (1m 53).

Le malade. — A l'époque de la *conception,* éthylisme du père, mais la conception n'a pas u lieu dans l'ivresse même, car alors « il est impuissant ». Durant la *grossesse,* la mère subit des mauvais traitements de la part du mari. Elle eut des *syncopes* fréquentes. Quinze jours avant le terme de l'accouchement, elle a eu une violente colère à la suite de laquelle elle est accouchée subitement.

A la naissance, l'enfant est bien constitué et de poids normal. Il n'est pas asphyxié. Elevé au biberon. 1re dent à 10 mois. Marche à six ans. Il n'est pas encore propre. Jamais de convulsions. Durant toute sa première enfance, le sujet est chétif et mal portant. Son intelligence reste obtuse. Ses instincts sont la gourmandise, la pyromanie, la krouomanie. Il s'arrache les ongles et grince souvent des dents. Sommeil normal. Jamais d'hallucinations.

L'enfant est affectueux pour ses parents. Il n'a jamais eu que deux maladies infectieuses, la rougeole et la coqueluche, graves il est vrai. Jamais d'affections scrofuleuses.

Etat actuel pris en avril 1893.—L'enfant a un état général satisfaisant. L'expression du visage est rêveuse, inquiète.

*Crâne : Caput quadratum.*Front olympien. Oreilles grandes et décollées ; toutes les saillies en sont très accentuées. Voûte et voile palatins très ogivaux. Atrésie considérable de la voûte, d'où prognathisme supérieur et chevauchement des dents de l'arcade dentaire inférieure. L'émail des dents est jaune noirâtre. Les canines et les incisives présentent de l'atrophie cuspidienne. Le cou est très court.

Les membres supérieurs et inférieurs sont bien conformés et ont un volume et une attitude normaux. Du côté du thorax, rien de particulier à signaler. Abdomen saillant.

Organes génitaux et puberté : Etat glabre de tout le corps. Verge longue de 3 cm. 5, circonf. 4 centim. Testicules gros comme un œuf de moineau.

Intelligence obtuse. L'enfant peut à peine répondre à quelques questions. *Taille* : 1 mètre. *Poids* : 15 k.

Les années suivantes, de 1893 à 1899, les *organes génitaux* ne se développent pas, restent stationnaires. Aucun caractère sexuel accessoire n'apparaît.

1900. L'enfant est glabre partout, sauf un léger duvet sur le dos. La verge a une longueur de 4 centimètres 5 et une circonférence de 4 c. 1/2. Gland découvert. Testicules du volume d'un œuf de serin.

La *taille* de l'enfant restant au-dessous de la normale, celui-ci est mis au *traitement thyroïdien* à partir du 1er janvier 1900. Un examen pratiqué en novembre 1902, nous montre que cet enfant, qui est âgé de plus de dix-sept ans, n'a qu'une taille de 1 m. 25 c'est-à-dire 34 centimètres et demi au-dessous de la normale. Son poids n'est que de 31 k. 200 (c'est-à-dire 26 k. 400 gr. au-dessous de la normale).

L'enfant présente de *nombreux stigmates de dégénérescence, caput quadratum,* front olympien, grandeur démesurée et décollement des pavillons de l'oreille, voûte et voile du palais très ogivaux, prognathisme supérieur. Le facies de l'enfant est vieillot, il paraît bien celui d'un sujet de vingt ans. Par contre, son corps présente tous les caractères de l'*infantilisme.* Le thorax est petit, l'abdomen saillant, le tronc est cylindrique. Les saillies musculaires du thorax sont peu marquées. Le pannicule adipeux est notable.

Les membres supérieurs et inférieurs sont grêles, les saillies musculaires n'y sont pas dessinées. Le cœur offre une matité petite ; la pointe bat dans le quatrième espace intercostal en dedans du mamelon. Microsphygmie. Les caractères sexuels du sujet sont à peine marqués. La pilosité est nulle, on ne constate qu'un léger duvet au pubis. Le développement des organes génitaux est en retard. La verge a 4 centimètres 5 de longueur et de circonférence. Les testicules, descendus ont le volume d'une noisette.

(1) Pour ne pas fatiguer l'attention de nos lecteurs, nous avons éliminé les Obs. XXIII à XXXVI qui figureront dans le *Compte-rendu* de Bicêtre pour 1903. (Sous presse.)

Tableau du poids et de la taille.

	1893	1894	1895	1896		1897		1898		1899		1900		1901		1902	
	Janv.	Déc.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Poids	15k. »	18k. 7	20k. »	19k. 5	21k. 2	21k. 2	21k. 2	24k. »	23k. 7	26k. »	27k. »	25k. 5	27k. 5	28k. »	29k. 5	30k. 2	31k. z
Taille.......	1m »	1m 04	1m 06	1m 09	1m 11	1m 13	1m 14	1m 18	1m 19	1m 21	1m 24	1m 25	1m 26	1m 27	1m 29	1m 31	1m 33

1904, *juin.* — *Puberté.* Moustaches naissantes formant une bande d'un centimètre. — Fin duvet au menton et à la lèvre inférieure. Duvet abondant aux joues. Thorax, ventre, fesses, membres glabres. Dans les aisselles, poils noirs (4 cent. sur un) à droite, moins abondants à gauche. Sur le pénil, poils courts (8 cent. sur 2) : rien dans les aines. Verge 6 cent. de longueur sur 9 de circonférence. Gland pointu, avec *trace du sillon sur la ligne médiane de la face supérieure de la base du gland au méat. Léger épispadias.* Testicule du volume d'un œuf de pigeon, le gauche un peu plus petit. Quelques poils sur les bourses. Périnée, anus, poils peu abondants.

Ce malade a été mis à la glande thyroïde à différentes reprises de 1900 jusqu'en 1903. Sa taille qui, en 1900, à 17 ans, était de 1 m. 25, soit 34 cent. en moins (1 m. 59) est actuellement, juin 1904, de 1 m. 46, soit 21 cent. en moins (1 m. 67 à 21 ans). Son poids, 39 kil., est inférieur de 20 kil. au poids moyen à son âge. Bien que resté *nain*, la différence de sa taille moyenne, grâce à la médication thyroïdienne, a notablement diminué : 21 cent. au lieu de 34.

Obs. XXXVIII. — Imbécillité, nanisme ; infantilisme.

Motte... (Andrée-Céline), née le 18 février 1891. Entrée le 26 août 1899.

1902. Poids : 18 kg. 100 ; Taille 1 m. 14 (soit en moins 15 cent.) 1er traitement du 1er août au 31 octobre : 0 gr. 25 à 1 gr. Poids : 15 kg. 400 ; Taille : 1 m. 15.

1903. Polds : 16 kg. ; Taille : 1 m. 15. *Deuxième traitement* du 1er janvier au 25 février : 0 gr. 25 à 0 gr. 75. Poids : 15 kg. ; Taille : 1 m. 155. Le traitement est suspendu à cause d'*accidents tuberculeux.*

1904. *Juin.* — Poids : 21 kg. 500 ; Taille : 1 m. 22 au lieu de 1.40 ; en moins 18 cent. Seins naissants gros comme une petite olive. Une vingtaine de poils au-dessus de la commissure supérieure des grandes lèvres.

Obs. XXXIX. (*Résumée.*) — Arriération. Arrêt de développement avec infantilisme partiel.

Cro..., (Georges), né le 19 mars 1873 ; entré dans le service le 28 août 1888. Passé dans l'une des divisions de l'hospice le 3 février 1900.

Père mort à 43 ans, de *méningite tuberculeuse.* Tante maternelle, aliénée. *Mère nerveuse.* Grand-père maternel mort d'*excès de boisson* ; un oncle maternel mort d'une attaque d'*apoplexie.*

La grossesse a été troublée par de nombreux accidents. (Mauvais traitements du mari, etc.) Première dent à 1 an. Parole à 2 ans. Marche à 16 mois. Pas de convulsions. Bégaiement à la suite d'une peur violente ? *Tics.*

1896. *Janvier.* — Cro..., est soumis à la *médication thyroïdienne*. Les résultats sont consignés dans les tableaux suivants :

Tableau des poids et taille avant le commencement du traitement.

	1892	1894	1895 Janv.	1895 Juil.
	—	—	—	—
Poids	42.900	43.250	42.900	43.800
Taille............	1.44	1.45	1.45	1.45

Tableau des modifications survenues. On administre un 1/2 lobe de glande thyroïde de mouton tous les jours :

Mois	Dates	Poids	Taille
—	—	—	—
Janvier.......	1	42.500	1.45
—	10	42.500	1.45
—	17	42.300	1.45
—	25	43.500	1.45
Février.......	1	43.	1.45
—	7	42.700	1.45
—	14	42.700	1.45
—	21	41.500	1.455
—	29	41.800	1.455
Mars.........	10	42.500	1.455
—	19	42.900	1.455
—	28	42.900	1.455
Avril.........	7	42.900	1.456
—	16	42.700	1.456
—	25	42.700	1.460
Mai...........	4	42.700	1.460
—	13	42.700	1.460
—	21	42,700	1.460
—	29	42.700	1.460
Juin.........	7	42.700	1.460
—	16	41.700	1.460
—	24	41.700	1.460

En résumé, l'*augmentation de la taille* n'a été que d'*un centimètre* en slx mois de traitement. Il est juste d'ajouter que l'accroissement de Cro.., avait été nul en 1894 et 1895 et que de plus, il est *âgé de 22 ans*.

Second traitement du 1er août au 30 septembre. *Capsules de Yvon.* Une pendant 8 jours, puis deux, enfin trois le restant du traitement. *La taille est restée la même.*

1897. Troisième traitement du 5 janvier au 1er avril (1 gr. de glande pendant 15 jours, puis 1 gr. 25.

Quatrième traitement du 1er juillet au 31 décembre. (1 gr. pendant 15 jours, puis 1 gr. 50).

L'accroissement a été très faible dans ce cas. Mais il faut se souvenir que le malade a 23 ans et que depuis le mois de janvier 1893 jusqu'au mois correspondant de 1896, c'est-à-dire pendant deux ans la taille était demeurée stationnaire. Nous étions surpris, après avoir constaté une augmentation de taille d'un centimètre durant le premier traitement, en 1896, de voir la taille demeurer la même pendant les trois autres périodes de traitement. La *radiographie*, faite en février 1899, nous en a fourni l'explication en nous montrant que les cartilages épiphysaires étaient *complètement soudés.*

Cr.., très amélioré au point de vue intellectuel, bon apprenti tailleur, est passé, en raison de son arrêt de développement qui le rendait difficilement plaçable au dehors, dans l'une des divisions de l'hospice. Nous l'avons revu le 25 nov. 1903 (30 ans et demi). Son *poids* est de 50 kilogr. ; sa *taille* de 1m 47, soit 16 k. et 21 centimètres et demi au-dessous de la moyenne à son âge.

Puberté et organes génitaux.— La moustache est constituée par deux petites bandes de poils courts, peu fournis, avec interruption d'un cent. au-dessous de la cloison nasale. Rien à la lèvre inférieure. Poils assez abondants sur les joues, formant une bande de 3 à 4 cm. qui se continue à droite avec les poils assez abondants qui existent sous le menton et au niveau de sa partie inférieure. A gauche, il y a une interruption d'un cent. au moins entre les poils du menton et les poils de la joue.

Poils assez abondants sur la moitié inférieure de la face dorsale des avant-bras. Sous les aisselles, bande de poils moyennement longs, de 6 cm. sur 2 1/2 cm., un peu plus fournis à droite qu'à gauche. Sur le sternum, entre les mamelons, îlot de poils, de 5 1/2 cm. sur 5 1/2 cm. Le reste de la poitrine, le dos, les bras, les reins, les fesses, sont glabres. Poils abondants, châtains, bouclés, moyennement longs, recouvrant tout le *pénil*, envahissant les aines, et formant un triangle remontant jusqu'au nombril.

Verge volumineuse ; longueur 8 cm.; circonf. 9. Bourses petites. Les testicules sont très petits, par rapport au volume de la verge; le droit est du volume d'un petit œuf de pie, le gauche est d'environ 1/5 un peu plus gros.

Poils abondants sur la face antéro-externe des cuisses et sur toutes les faces des jambes ; plus à droite (comme dans les aisselles). Poils abondants autour de l'anus et de chaque côté du p[illegible].

Le *nanisme* (relatif) est indubitable. Il se complique d'un *infantilisme* partiel : poils rares (plutôt du duvet), sur la lèvre supérieure, petitesse notable des testicules en désharmonie avec le volume normal de la verge. Le malade dit ne pas avoir eu de rapports sexuels mais toujours, son facies l'indique, il se livre à l'onanisme.

*

Obs. XL. (*Résumée.*) Imbécillité. Rumination par imitation. Croissance retardée. Infantilisme.

Quêm..., Emile, entre dans le service le 25 mars 1895. Il est né le 29 février 1878.

On trouve dans ses antécédents : père *alcoolique* ; un grand-père paternel *alcoolique* ; mère nerveuse probablement atteinte de *tuberculose* pulmonaire, grand-père maternel mort *tuberculeux*, aïeul maternel mort d'une attaque d'*apoplexie* ; aïeule maternelle morte aussi de sa deuxième attaque d'*apoplexie* ; tante maternelle *aliénée*.

Conception probable pendant l'ivresse. Emotions, frayeurs, pendant la grossesse. Rougeole à 4 ans.

Au mois de février 1896, Quêm..., est soumis à la *médication thyroïdienne*. On donne d'abord une pastille puis deux pastilles de thyroïdine par jour (en mars).

Tableau des poids et taille avant le traitement :

	1893	1894	1895 Janv.	1895 Juil.	1896
Poids.	25.500	28.400	26.400	28.400	27.500
Taille.	1.29	1.30	1.31	1.331	1.325

De 1893 à 1896, l'enfant n'a grandi que d'un centimètre par année. Pendant tout le cours de l'année 1895, la taille n'a pas varié. Les modifications dues au traitement thyroïdien sont indiquées dans le tableau suivant :

Mois	Dates	Poids	Taille	
Février.........	8	26.700	1.325	Une pastille par jour.
—	15	26.700	1.325	
—	22	28.400	1.330	
—	28	28.400	1.330	
Mars.............	10	27.900	1.330	Deux pastilles par jour.
—	19	27.900	1.330	
—	28	27.900	1.330	
Avril............	6	27.900	1.330	
—	15	27.400	1.340	
—	23	27.400	1.340	
Mai..............	2	27.500	1.350	
—	13	27.500	1.350	
—	21	27.500	1.350	
—	27	25.500	1.350	
Juin.............	6	26.500	1.350	
—	16	26.600	1.350	
—	24	27.500	1.350	

On voit que la taille a augmenté de deux centimètres et demi en cinq mois de traitement. Le résultat est frappant si l'on rapproche ce tableau du précédent. Quêm.... est âgé de 18 ans.

Second traitement.

1896.

Mois	Dates	Poids	Taille
Juillet.......	8	29.250	1.35
—	17	29.300	1.35
—	25	29.300	1.35
Août	3	28.600	1.35
—	10	28.600	1.35
—	18	28.700	1.355
—	29	28.700	1.355

Les effets de ce nouveau traitement sont peu marqués en ce qui concerne la taille, l'enfant gagne néanmoins 1/2 centimètre en deux mois. Son poids s'abaisse de quelques centaines de grammes.

Durant les deux traitements, bien que la dose de thyroïdine ait été faible, *il a grandi de trois centimètres en sept mois*. Sa taille restait de 28 cent. au-dessous de la moyenne (1m63). Si, par un oubli regrettable, le traitement avait été repris, sa taille se serait certainement accrue davantage, car la radiographie a montré que les cartilages épiphysaires du fémur et du tibia n'étaient pas soudés. Cependant le traitement semble avoir eu pour conséquence de donner une impulsion à l'accroissement, car la taille s'est élevée à 1m37 en 1897, 1m40 en 1898, alors que durant toute l'année 1895 (avant le traitement), elle n'avait pas bougé (1).

La *puberté* était en retard. En effet, la face, les aisselles, le thorax étaient glabres. Il n'y avait que quelques poils rares de chaque côté de la verge. Celle-ci était assez développée : 55 mm. de longeur et 6 cent. de circonférence ainsi que les testicules (dimension d'un petit œuf de pigeon).

Obs. XLI. — Imbécillité ; nanisme ; infantilisme.

Delapl... (René), né le 10 avril 1883, entré le 17 août 1898.

1901. — *Poids* 40 k. 500. *Taille* 1 m. 41. 1er traitement du 1er mai au 30 novembre, 0,25, 0.50, 0.75, 1 gr. ; Poids : 40 k. 500, taille 1 m. 45.

1902. Poids : 40 k. 200 ; taille : 1 m. 45 ; 2e traitement du 1er février au 30 avril, 1 gr. ; poids : 40 k. 150 ; taille : 1 m. 46. — *Septembre* ; Poids : 40 k. 150 ; taille : 1 m. 46 ; 3e traitement du 1er septembre au 30 novembre, 1 gr.. Poids : 40 k. 100 ; taille : 1 m. 47 ; soit à la fin de ce troisième traitement un gain de six centimètres.

1904. — 1er juin. — Le malade n'a pas eu de glande thyroïde depuis la fin de 1902. *Poids* : 48 k. 600 ; *Taille* : 1 m. 545 d'où une différence en moins de 12 cent. 1/2.

1904. — *Juin.* — *Puberté.* — Fin duvet commençant à ombrer la lèvre supérieure, rien à la lèvre inférieure ni sur les joues. Aisselles et tronc glabres. Fin duvet entre les deux épaules, rien sur les fesses ni sur les membres.

Poils châtains, frisés assez longs, sur la partie inférieure du pénil (8 c. sur 3). Verge : 7 cent. sur 7 de long. Gland découvrable, pointu, méat normal. — *Testicules volumineux*, de la grosseur d'un petit œuf de poule ; égaux. Poils assez abondants au périnée et au pourtour de l'anus.

Le malade a 21 ans, sa physionomie est infantile, la puberté, bien développée au point de vue génital, est nulle pour le système pileux de la face, du tronc et des membres.

Obs. XLII. — Idiotie, nanisme avec infantilisme.

Gava.. (Emile), né le 31 janvier 1890, entré le 26 mai 1899.

1903. Poids : 38 k. ; taille : 1 m. 17 ; 1er traitement du 1er janvier au 30 juin. Poids : 29 k. ; taille : 1 m. 20. Après cessation de traitement le 8 juillet, poids : 29.700 — le 15 juillet, poids : 30 k. 400. Le 31 juillet, 32 k. 100. Le poids est donc remonté très rapidement.

1904. 1er *juin* : poids 32 k. 800 ; taille : 1 m. 25, au lieu de 1 m. 47, soit en moins 22 c.

Obs. XLIII. — Imbécillité avec perversions instinctives : nanisme et infantilisme.

Pich.. (Charles), né le 25 août 1881. Entré le 12 juillet 1893 sorti le 15 mai 1901.

1896. Poids : 35 kil.811, taille : 1 m. 35, soit 15 cent. en moins. Premier traitement du 10 juin 1896 au 29 mai 1897, 1 gr. ; poids : 36 k. 7 ; taille : 1 m. 385. Deuxième traitement du 20 juin au 20 septembre ; poids : 39 k. 200 ; taille : 1 m. 42.

Durant ces deux traitements, la taille s'est accrue de 7 centimètres.

Les observations qui précèdent, malgré quelques lacunes, montrent que dans le *nanisme* avec *infantilisme*, aussi bien que dans le *nanisme simple*, la médication thyroïdienne détermine l'accroissement de la taille. (*A suivre.*)

(1) Quê... a été transféré à l'asile de Villejuif le 24 mai 1899. La taille était restée la même depuis 6 mois.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

Les réformes sanitaires dans l'armée.

(3e ARTICLE.)

Recrutement et instruction des infirmiers militaires.

Dans les deux premières parties de ce travail (1), j'ai cherché à établir, sur des faits précis, le rôle qu'il convenait de donner aux médecins militaires. Nous avons vu qu'il ne pouvait être obtenu qu'avec une indépendance réelle du service de santé. Il me reste à prouver que cette surveillance ne peut être efficace que si les agents et les moyens d'exécution ont une valeur bien déterminée.

Examinons tout d'abord les conditions que doit présenter le personnel subalterne des infirmiers, et recherchons si l'organisation actuelle permet aux médecins militaires de compter sur des aides utiles aussi bien en temps de paix qu'en temps de guerre. A cette question la réponse sera unanime. Il suffit, en effet, de songer au mode de recrutement des infirmiers militaires, à leur emploi au moment des appels, pour être convaincu que la grande majorité d'entre eux n'est, en aucune façon, à la hauteur de la tâche que nous demandons, à tel point que beaucoup d'entre nous pensent qu'en temps de paix, le service est difficile à assurer avec de pareils aides, et qu'en temps de guerre, on se trouverait encore plus embarrassé, malgré les améliorations apportées depuis quelques années dans l'organisation du service de santé. N'est-il pas surprenant de voir que, pour une profession où les conditions de santé, d'intelligence, de dévouement, sont aussi — pour ne pas dire plus — nécessaires que dans toute autre, on n'admette souvent que des hommes malingres ou des paresseux bien décidés à ne prendre qu'une part minime au métier militaire, ne voyant dans les fonctions d'infirmier, que le moyen de trouver un emploi dans un bureau ou dans un magasin ? Quel dévouement pourra-t-on attendre de leur part pour un métier où ils rencontreront beaucoup de déboires, d'ingratitude et de besognes répugnantes ? N'est-il pas étonnant que lorsqu'un homme paraît incapable de suivre les exercices militaires, soit par le fait de son intelligence ou de sa mauvaise volonté, on s'empresse de le désigner pour le service des infirmiers régimentaires ou celui des hôpitaux, quand le personnel de ces derniers est insuffisant. Certes, je ne veux pas généraliser. J'ai rencontré dans ma longue carrière, remplie de circonstances difficiles, bien des dévouements modestes, bien des serviteurs consciencieux dont je suis honoré encore aujourd'hui de serrer la main. Mais pour quelques sujets d'élite, combien d'exceptions ! Combien de fois j'ai dû lutter pour suppléer à l'insuffisance dans l'accomplissement du devoir que des conditions particulières me donnaient le droit d'exiger ! Tous nos confrères de l'armée diront comme moi que, s'il est souverainement injuste de mépriser comme on le fait trop souvent, ceux qu'un député appelait dédaigneusement les « épaulettes blanches » on doit reconnaître cependant que, par la faute d'un grand nombre d'individus de mauvaise volonté ou d'incapacité notable, le discrédit est quelquefois justifié. Et je m'empresse d'ajouter que, si j'ai le plus profond mépris et la plus grande sévérité pour les premiers, j'éprouve une grande indulgence pour les seconds, parce qu'ils ne sont pas vraiment coupables de l'ignorance qu'on leur reproche et dont il importe de rechercher la cause.

(1) Voir *Progrès Médical*. no 1, 3 janv. 1903 et no 9, 28 fév. 1903.

L'organisation actuelle du service de santé a placé les officiers d'administration des hôpitaux sous l'autorité des directeurs et des médecins-chefs. On a fait cesser cette anomalie ridicule qui rendait autrefois ces fonctionnaires subalternes de véritables potentats dans les établissements hospitaliers, dont ils s'appelaient eux-mêmes les directeurs, et qu'ils régissaient suivant leur bon plaisir sous l'œil bienveillant d'un sous-intendant. Je ne veux pas réveiller le passé en recherchant les innombrables abus qui ont été le résultat de cet extraordinaire état de choses. Je rappellerai seulement que le personnel des infirmiers était alors sous l'autorité unique du comptable, qu'il en disposait à sa guise, qu'il les répartissait dans les services suivant son bon plaisir, réservant pour ses bureaux les meilleurs sujets, imposant aux autres des travaux comme il le jugeait convenable ; sans consulter le médecin-chef ou les médecins traitants en un mot, considérant la santé des malades et le personnel médical comme choses secondaires, et ne voyant dans la tenue d'un hôpital qu'un point important, la bonne gestion financière et la tenue régulière des magasins. Quant à l'instruction technique des infirmiers, elle était nulle. Cet état de choses a-t-il changé ? En partie, oui. Mais au prix de quelles luttes et de quels efforts de la part des médecins-chefs qui voulaient que leur autorité fût réelle et efficace ! Actuellement, si la lutte est moins âpre entre les officiers d'administration de la jeune génération et les médecins-chefs, qu'elle ne le fut pour nous au début de l'autonomie du service de santé, combien ne faut-il pas encore d'énergie à nos confrères des hôpitaux pour lutter contre la main mise des comptables sur le personnel subalterne qu'ils commandent de fait, pour les empêcher de retenir à leur profit dans leurs bureaux, leurs magasins, les sujets les plus instruits, les plus intelligents, les plus dévoués des sections d'infirmiers ; et les distraire de leur véritable instruction technique : le service auprès des malades. Que l'on consulte les médecins-chefs des corps d'armée, chargés de la surveillance des sections d'infirmiers, qu'on leur demande si, au moment de l'appel des réservistes, ils peuvent toujours, malgré leurs efforts, malgré leurs prescriptions, obtenir que ces réservistes, dont l'instruction technique est nulle, soient réellement employés à un service médical, soient astreints à suivre des cours, des exercices pratiques. Tous répondront, j'en suis certain, que la majeure partie de ces hommes n'est employée à autre chose qu'à faire des emballages ou des manutentions dans les magasins de l'hôpital ou du corps d'armée, à remplir des corvées de propreté. Est-ce bien là le rôle qu'ils doivent apprendre ? Sont-ils destinés pour l'avenir à soigner des malades ou à manutentionner des colis ? En dehors de quelques infirmiers que les médecins-chefs sont parvenus à dresser avec grand'peine, on peut affirmer que la grande majorité des infirmiers de la réserve ou de la territoriale ignore complètement, je ne dis pas même les soins médicaux proprement dits, mais encore les besognes les plus simples, comme celles de faire un lit, de placer une alèze, de donner au malade les ustensiles dont il a besoin et dont cet infirmier ignore même le nom ; de prendre à son égard certaines précautions indispensables que le plus vulgaire garde-malade ne saurait méconnaître. On peut tout au plus les considérer comme des hommes d'équipe ; nullement comme des infirmiers. Pour quiconque sait combien la diététique joue un rôle important dans la guérison des malades, il ne paraîtra pas étonnant qu'une pareille organisation ait un effet néfaste sur le processus thérapeutique ; et

qu'il ne soit de la plus grande nécessité d'y apporter un changement radical. Ces réformes doivent porter : 1° sur le mode de recrutement des sections d'infirmiers; 2° sur leur instruction dans les sections et les établissements hospitaliers.

Recrutement. — Le mode de recrutement actuel des infirmiers militaires doit être complètement abandonné, aussi bien celui qui consiste à verser dans les sections un certain nombre d'hommes désignés au bout de 6 mois de service régimentaire que celui de l'envoi direct dans les sections, par les soins des commandants de recrutement, de conscrits désignés au moment du conseil de révision, mais choisis, en général, parmi toutes les non-valeurs ou tous les jeunes gens désireux de s'embusquer. Le métier d'infirmier ne doit être considéré ni comme un refuge pour les paresseux ni comme l'égoût collecteur de l'armée. Cette profession, aussi bien que celle des armes combattantes, exige une capacité organique et intellectuelle suffisantes ; des idées de dévouement : d'abnégation, de sacrifice incontestables ; et enfin une instruction spéciale et professionnelle méritant autant de soins et d'attention que celle du métier des armes proprement dit. Quels sont donc les moyens d'obtenir ces différents résultats ?

Si l'on songe que les infirmiers militaires n'auront jamais d'autre service à remplir que celui de soigner les maladies ou d'assurer l'administration des formations sanitaires, que n'étant jamais combattants, il est inutile de les armer, puisqu'ils sont protégés par la Convention de Genève, on comprendra aisément l'inutilité pour eux d'une instruction militaire. Je sais bien que l'on met toujours en avant la nécessité de cette instruction pour donner aux hommes l'habitude de la discipline, les qualités d'assouplissement, de régularité dans les mouvements et les marches, qui doivent inculquer à ceux qui font partie de l'armée une attitude militaire. Je crois qu'il est temps de faire justice de ces errements. Les idées de discipline, d'obéissance peuvent être acquises par les infirmiers aussi bien dans la fréquentation de leurs chefs directs, les médecins militaires, que dans celles des officiers de troupe ; et l'on ferait injure à nos camarades de l'armée, en laissant croire qu'ils ne sont pas capables d'inspirer à leurs subordonnés le respect de la discipline, l'obéissance rigoureuse aux ordres donnés, la confiance qu'on doit donner par son propre exemple, si l'on veut mériter le respect et l'estime de ses inférieurs. — Quant à l'assouplissement obtenu par le maniement des armes, je pense qu'on peut l'acquérir aussi bien par des exercices de gymnastique suédoise qui doivent entrer dans l'éducation professionelle des infirmiers brancardiers, que par les manœuvres du fusil. Par conséquent, je considère comme inutile et contraire à l'instruction des infirmiers militaires leur envoi pendant un certain temps dans les corps de troupes ; et je regarde comme indispensable leur répartition immédiate dans les sections au moment du conseil de révision. Mais, il est non moins évident que cette répartition doit être basée sur de tous autres errements que ceux suivis jusqu'à présent. Le recrutement ne doit pas être fait au hasard ou parmi les non-valeurs du contingent, mais choisi parmi tous les appelés présentant une aptitude pour le métier d'infirmiers, c'est-à-dire les étudiants en pharmacie, les jeunes gens se destinant aux cultes, à l'enseignement, les comptables, et, en général, les employés de professions nécessitant certaines habitudes d'ordre, de régularité, de minutie. De toutes façons, on doit rejeter les illettrés et les hommes habitués à des travaux malpropres ou grossiers.

Quant au point de vue de l'aptitude organique, en dehors des individus malingres ou suspects, qui ne doivent pas être admis dans l'armée, je ne vois aucune raison pour ne pas employer des jeunes gens robustes, mais atteints d'une légère difformité de la vue, de l'ouïe ; de hernies peu volumineuses, de varices faibles, de lésions légères des membres ; en un mot, de tous ceux qui ne présentent qu'une infériorité relative due le plus souvent à un accident ou une cause fortuite plutôt qu'à une atteinte grave de la constitution. Que les esprits chagrins ne disent pas que nous allons ainsi composer une « cour des miracles ». Tout au plus, ne reconnaissons nous pas la nécessité d'avoir des Adonis ou des Apollons militaires, et nous insistons seulement sur le besoin de n'avoir que des gens *mens sana in corpore sano.*

Le recrutement ayant été ainsi opéré, la répartition du contingent se fera dans les sections dès l'appel de la classe. Dans chaque section, on organisera une école d'infirmiers militaires sous la direction du médecin-chef de la section, suivant un programme uniforme pour toutes les sections, établi par les soins du Comité de santé au ministère. La durée des cours sera de six mois. Ces cours seront faits sous la direction du médecin-chef par deux autres médecins d'un grade inférieur et par l'officier commandant la section, secondés par un certain nombre de gradés. Dès l'arrivée au corps, on répartira les appelés en deux catégories, suivant un nombre proportionnel aux besoins des services : les infirmiers de visite et les infirmiers commis pour les bureaux. Toutefois un certain nombre de cours seront communs aux deux catégories.

L'instruction portera : A.) Pour les infirmiers de visite.

1° Sur les soins à donner aux malades.

2° Sur des notions d'anatomie et de pathologie générale et de petite chirurgie.

3° Des exercices pratiques seront faits dans les salles de l'hôpital sous la surveillance des médecins professeurs.

B. Pour les infirmiers commis aux bureaux : sur la comptabilité ; l'administration des établissements militaires ; le service des approvisionnements.

C.) Les cours communs aux deux catégories porteront :

1° Sur le service de santé en temps de paix et en campagne.

2° Sur l'hygiène générale des établissements hospitaliers ; celle de l'alimentation ; les moyens de reconnaître les denrées alimentaires.

3° Sur des exercices pratiques de brancardiers et de gymnastique suédoise, avec indications de massage pour les infirmiers de visite seulement.

Au bout de six mois, des examens généraux auront lieu où les notes données antérieurement dans les cours entreront en ligne de compte. Les jeunes soldats reconnus aptes aux fonctions de l'une des deux catégories seront titularisés infirmiers de visite ou infirmiers-commis, et munis d'un caducée ou d'une étoile sur le collet de la tunique. Ceux qui auront été les mieux notés seront promus premiers soldats. Les hommes n'ayant pas satisfait à ces examens seront classés dans la catégorie des infirmiers servants, et n'auront d'autres fonctions que celles des travaux de propreté, des magasins, de la buanderie ; des cuisines. Jamais ils ne seront appelés à donner des soins aux malades. A la fin de la première année, on fera subir un nouvel examen à la fois théorique et pratique ; et les infirmiers ayant obtenu la

mention *bien*, seront nommés caporaux. Enfin quelques mois avant la fin de la période de service, un troisième examen sera passé. Les hommes qui auront obtenu la note *très bien* seront nommés sergents ; ceux qui auront la note *bien* seront promus caporaux. Les uns et les autres seront admis à contracter un réengagement. Les infirmiers rengagés recevront une commission qui leur donnera certains droits, entre autres celui de n'être déchus de leur grade que par l'autorité supérieure. Le réengagement sera également applicable, mais dans une proportion très restreinte et sans commissionnement, à quelques catégories spéciales telles que : chef cuisinier, chef buandier, qui nécessitent des aptitudes particulières.

Le commissionnement doit offrir quelques avantages afin de retenir dans les rangs des individus de profession expérimentés, capables de diriger leurs subonnés. Ces avantages porteront sur l'avancement, la solde, la possibilité pour l'infirmier d'acquérir en restant au corps une certaine position sociale avec retraite assurée. Pour régler l'avancement, je propose de créer les grades, suivants :

Infirmier commissionné : caporal.
Infirmier commissionné : sergent,
Infirmier major : sergent-major.
Infirmier-chef surveillant : adjudant.

Ces gradés seront les mêmes pour les deux catégories, mais dans des proportions relatives aux exigences des services. C'est ainsi que dans chaque salle de 40 malades, on placera : un sergent, 2 caporaux, 3 infirmiers titulaires. Une division tout entière, comprenant 2 salles, sera sous les ordres d'un infirmier-major. Un infirmier-chef aura la surveillance de deux divisions.

Pour la catégorie des infirmiers-commis aux écritures, la répartition sera basée sur la nécessité de mettre à la tête de chaque service un infirmier-major, avec un infirmier chef pour l'ensemble du service et pour chaque direction de corps d'armée. De cette façon, certains emplois exercés par des officiers d'administration subalternes pourront être remplis par des infirmiers d'un grade supérieur.

Enfin, pour améliorer la position sociale des infirmiers, on autorisera un certain nombre à se marier ; et les places de maîtresse-lingère, buandière, seront réservés pour leurs femmes. Elles rempliront dans les hôpitaux militaires les charges qui étaient occupées par les sœurs hospitalières.

Les infirmiers commissionnés auront également à assurer le service des infirmeries régimentaires, comme nous l'exposerons dans un prochain article sur les établissements du corps de santé. — Cette organisation, qui se rapproche de celle des « Feldscherr » de l'armée russe, assurera un recrutement choisi, exercé, aussi bien pour le service des hôpitaux, des sections, des directions, que pour celui des corps de troupes ; et l'on verra disparaître cette agglomération de soldats pris dans toutes les professions incompatibles avec les soins minutieux exigés par des malades, et ne connaissant pas les premières notions de leur service. Les officiers comptables des hôpitaux, des sections, des directions, étant assurés d'avoir un personnel expérimenté et spécial, n'auront plus de tendance à écrémer le contingent qu'ils reçoivent, en désignant pour leurs services les meilleurs sujets au grand détriment des médecins traitants.

Dans un prochain article, où nous traiterons des établissements du service de santé et du personnel médical, nous indiquerons le rôle dévolu à chaque gradé dans les formations sanitaires, et nous nous occuperons du personnel supérieur, question toute d'actualité, puisque, suivant un projet à l'étude, le Ministre de la guerre aurait l'intention d'assurer le service médical par des médecins de garnison. Cette mesure que nous avons demandée dans un nos précédents articles (*Progrès médical*, 28 février 1904) n'est, je l'espère, que l'acheminement vers cette solution qui s'impose, et que nous avons été un des premiers à soulever (*Progrès médical*, n° 1 et 9, 1903), la création d'un corps de santé autonome et véritablement indépendant, comme celui du contrôle, de l'intendance, du génie maritime. A. DEMMLER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 juin 1904.

Sur l'action toxique des vers intestinaux.

MM. L. JAMMES et L. MANDOUL ont injecté à des animaux, par diverses voies (sous-cutanée, intra-péritonéale, intraveineuse, intra-rachidienne ou intra-cérébrale), le suc provenant de la trituration de corps de *Tænia inermis, expansa* et *serrata*, d'*ascaris vituli* et *megalocephala* ; or jamais les animaux ainsi traités n'ont présenté le moindre signe d'intoxication.

D'autre part, les observations que les auteurs ont faites sur les nombreux enfants soignés au dispensaire de Toulouse, depuis le mois de décembre 1890, leur ont permis de constater que ce n'est que dans une faible proportion (2 % environ) que les enfants parasités offrent des troubles imputables à l'action des helminthes.

Enfin M. L. Jammes a absorbé à diverses reprises des œufs d'ascarides lombricoïdes et d'oxyure vermiculaire ; par six fois il a obtenu ainsi le développement d'adultes de ces deux espèces dans son tube digestif, sans qu'aucune action toxique se soit manifestée.

Cela étant, on ne saurait attribuer les troubles que produisent parfois les vers intestinaux à l'existence de substances toxiques. Ces troubles, quand ils surviennent, sont essentiellement dus à des causes mécaniques (irritation de la muqueuse provoquée par la présence des parasites), auxquels peut s'ajouter, en ce qui concerne les ascarides, l'action de la substance volatile irritante dont les effets sur les muqueuses ont été maintes fois signalés. En d'autres termes, les vers ne doivent pas être considérés comme la cause efficiente des troubles qui peuvent coïncider avec leur pullulation dans le tube digestif, mais comme leurs agents provocateurs.

La méthode de résonnance pour la détermination de la fréquence des oscillations nerveuses.

M. A. CHARPENTIER ayant pu constater que l'augmentation de luminosité d'un écran en communication avec un nerf est encore accrue quand cet écran est mis en rapport avec un corps sonore dont le nombre de vibrations correspond approximativement au nombre des oscillations nerveuses, a appliqué cette méthode à la détermination de la fréquence de ces mêmes oscillations. Il a reconnu de la sorte que le renforcement maximum est obtenu avec une corde ou un diapason dont la hauteur de son est comprise entre le *sol* dièze et le *la* du quatrième octave, c'est-à-dire qui donnent 800 à 860 vibrations ; ces chiffres correspondent donc aux limites normales de fréquence des oscillations nerveuses.

Il est à remarquer que ces limites sont les mêmes dans des espèces animales aussi dissemblables que la grenouille, le chien et l'homme.

MM. C. PORCHER et Ch. HERVIEUX adressent une note relative à des expériences d'où il résulte que l'injection sous-cutanée de scatol ne provoque jamais l'élimination d'indican par les urines, mais fait apparaître un chromogène qui

paraît correspondre à la substance colorante décrite sous les noms d'uroséine, de purpurine, d'urohématine. PHISALIX.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 18 juin.

Syphilis expérimentale de la cornée.

M. P. SALMON a obtenu sur un singe (macacus) le développement de la syphilis oculaire, en inoculant une papule syphilitique. Le 33e jour qui suivit l'inoculation, apparut l'iritis syphilitique primitive avec conjonctivite et cercle périkératique. L'infiltration syphilitique siège au bas de la cornée épaissie. Histologiquement, la mononucléose dans le tissu cellulaire et dans l'épithélium hypertrophié, hyperpigmenté, l'endartérite, tout confirme le diagnostic de syphilis de l'œil.

Syphilis expérimentale de la conjonctive.

M. P. SALMON. — Sur le macacus, le chancre syphilitique s'accompagne d'adénopathie sous-maxillaire. Histologiquement, la mononucléose se retrouve identique dans les vaisseaux et autour ; dans le tissu cellulaire, il y a de l'endartérite. L'hyperpigmentation dans les cellules de l'épithélium s'explique par l'arrivée de cellules migratrices chargées de pigment. Le chancre de la conjonctive palpébrale du macacus est très caractéristique pour la clinique et l'anatomopathologie.

Modifications et poids dans la pneumonie.

MM. GARNIER et SABAREANU. — Les pesées quotidiennes au cours de la pneumonie montrent que le poids reste stationnaire pendant toute la période fébrile et peut même augmenter légèrement. La chute se fait au moment de la défervescence et même quelques jours après ; elle est brusque, peut dépasser 5.000 grammes et le poids reste ensuite stationnaire pour remonter graduellement. C'est donc le même processus que dans la scarlatine, la variole, etc. Ce maintien du poids au moment où les ingesta sont nuls tient à la suppression des excreta et porte surtout sur l'eau et le chlorure de sodium. Au cours des infections, il y a appel d'eau dans les tissus et c'est là un phénomène actif. Dans le cas de mort, cette rétention cesse, et dans les cas de pneumonie mortelle, le poids s'abaisse parfois de 2 kil. en 24 heures et les urines augmentent de quantité.

Histologie normale et pathologique des plexus choroïdes.

M. LŒPER a constaté la vaso-dilatation fréquente avec hémorrhagie de la villosité et passage des hématies dans le liquide ambiant chez les malades atteints d'infection, d'intoxication, d'hémorrhagie cérébrale. Il y a des placards lympho-conjonctifs dans les processus chimiques de l'encéphale et de la moelle, sclérose, tabes, paralysie générale. Les éléments polynucléaires envahissent le tissu conjonctif dans la méningite cérébro-spinale ; enfin, les granulations tuberculeuses distinctes ou agglomérées, débutant dans la villosité se retrouvent 8 fois sur 10 dans la méningite tuberculeuse et répandent leurs éléments cellulaires dans le liquide ambiant. Les cellules choroïdiennes sont granuleuses, éosinophiles ; elles contiennent un pigment jaune, des granulations graisseuses, et même des corps mûriformes comme les cellules de la pituitaire. Ces granulations augmentent dans les infections et les intoxications, les méningites et l'hémorrhagie cérébrale. Le pigment ferrugineux existe dans le diabète bronzé ; chez le fœtus, les cellules choroïdiennes très vacuolaires sont criblées de grains glycogéniques. Ce glycogène se retrouve dans le plexus des diabétiques.

Sérums cytotoxiques et ophtalmie sympathique.

MM. LE PLAY et CORPECHOT ont inoculé 24 lapins et cobayes en mettant 2 gouttes de culture pyocyanogène dans la chambre antérieure de l'œil gauche, puis ont pratiqué une plaie aseptique de l'œil droit. Chez 12 animaux, dans la plaie de l'œil gauche, inoculation de 3 gouttes de sérum ophtalmotoxique et dans la cavité abdominale quelques centimètres cubes de la microculture, tandis que les 12 autres étaient inoculés avec du sérum à 7 pour 1000.

Dans 9 cas sur 12, la lésion de l'œil gauche a été peu accentuée chez les animaux ayant reçu l'ophthalmotoxique ; chez 7, l'infection s'est généralisée ; enfin dans 6 cas, chez un des animaux témoins, l'ophtalmie sympathique s'est déclarée. Ces faits n'infirment pas une théorie par continuité nerveuse pour éclairer l'origine de l'ophtalmie sympathique. Mais il semble qu'il faut tenir compte de l'infection cytotoxique.

M. CHARRIN s'est servi à plusieurs reprises de ces sérums cytotoxiques pour localiser les agents pathogènes. Par exemple, les inoculations du bacille pyocyanique provoquent un peu partout des lésions; mais on peut obtenir des sommations dans le foie, le rein ou les centres nerveux en utilisant les sérums correspondants : hépatotoxiques, splénotoxiques, neurotoxiques. Or, l'auteur a démontré que, sous l'influence des tares de ces divers organes, il passe dans le sang des cellules ou des débris qui peuvent amener par réaction la genèse d'une cytotoxine. Il y a donc là une portée théorique et pratique.

Liquide céphalo-rachidien au cours de la variole.

M. THAEON. — La communication de M. Rouget sur le liquide céphalo-rachidien des génisses vaccinées engage l'auteur à apporter les résultats de ses recherches sur le liquide céphalo-rachidien des varioleux. Au cours de la variole et quelle qu'ait été la réaction nerveuse, l'auteur a rarement trouvé une lymphocytose moins discrète du céphalo-rachidien. Il y a opposition entre le syndrome liquide et l'absence de réactions méningo-cytolytiques. E. P.

Séance du 2 juillet.

Nanisme expérimental.

MM. CHARRIER et LE PLAY montrent des squelettes d'animaux rendus nains par des injections sous-cutanées de produits intestinaux recueillis chez des nouveau-nés. L'intérêt des résultats tient à ce que la clinique incrimine les gastro-entérites comme cause de ces insuffisances d'évolution. Les principes générateurs de ces insuffisances existent chez les sujets sains et les malades. C'est la muqueuse qui contient les substances propres à atténuer ces principes et qui devient la cause de ces accidents en ne donnant pas la protection nécessaire à l'organisme.

Hyperexcitabilité des muscles et des nerfs dans la cholémie.

MM. GILBERT, LEREBOULLET et WEILL ont recherché l'excitabilité électrique des muscles et des nerfs chez les cholémiques ; l'hyperexcitabilité est toujours manifeste et plus marquée dans les nerfs. Chez la grenouille ayant des éléments de la bile dans le sac lymphatique, l'excitabilité du gastro-cnémien est manifeste. La cholémie produit donc l'hyperexcitabilité.

Lymphadénie lymphatique du chien.

MM. WEIL et CLERC ont étudié chez des chiens les modifications hématiques quantitatives et qualitatives au cours d'une néoplasie lymphomateuse survenue chez ces animaux. Le type de leucémie lymphatique peut se trouver réalisé chez le chien, la variété myéloïde n'étant pas bien connue. Ils n'ont pu reproduire ce syndrome chez d'autres chiens, même après inoculation de fragments de tumeur, ni de sang adultéré.

Toxicité du séléniate de soude chez le chien.

MM. LESNÉ, NOÉ et RICHET fils. — Le séléniate de soude en injection intra-veineuse de 0 gr. 091 par kilos, est dix fois plus forte que le séléniate qui est de 1 gr. 033 par kilo. Malgré la différence, les symptômes physiologiques sont les mêmes: odeur alliacée de l'haleine, phénomènes gastro-intestinaux, vomissements et diarrhée, excitation sans convulsions, œdème pulmonaire. Les lésions constatées : congestion des viscères, altérations profondes du sang. La respiration artificielle ne modifie pas la marche de l'intoxication. Ce sont donc vraiment là des poisons du sang.

Cysticerque sous-conjonctival.

M. TERRIEN a observé cette rareté, il s'agissait du tænia solium, par conséquent d'un cysticerque cellulosæ se pré-

sentant sous la forme de tumeur kystique, rosée, rénitente, presque diaphane, ayant au centre un disque blanc jaunâtre. La tumeur adhère à la sclérotique.

Destruction de l'adrénaline.

M. Liocre (de Marseille) conclut de ses recherches que cette substance se détruit surtout dans le muscle et d'autant plus qu'il y a plus de travail.

Non toxicité des liquides d'œdème.

M. Roy Teissier (de Marseille) conclut que la sérosité de l'œdème n'a pas de pouvoir toxique. Les accidents de résorption d'œdème devront être attribués à d'autres causes.

E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 juillet.

La stovaïne.

M. Reclus a essayé, dans plus de cent opérations, cet anesthésique local bien étudié par M. Billon et très peu toxique. Voici ses conclusions :

1° La stovaïne possède un pouvoir analgésique chez l'homme au moins aussi considérable que celui de la cocaïne, bien plus considérable que celui de tous les médicaments qu'on a proposés pour supplanter la cocaïne. Je suis arrivé à cette conclusion en faisant deux opérations similaires sur un même sujet que j'analgésiais d'un côté avec la cocaïne et de l'autre avec la stovaïne ; ou bien en analgésiant la moitié d'une longue ligne d'incision avec la stovaïne et l'autre moitié avec la cocaïne ;

2° La toxicité de la cocaïne n'existe plus avec les doses employées couramment, les seuls symptômes observés sont, dans quelques cas très rares, une légère pâleur de la face, un peu d'anxiété précordiale. Sauf un cas, je n'ai pas observé ces phénomènes avec la stovaïne, qui peut être employée à une dose beaucoup plus élevée que la cocaïne (20 centigr.), ce qui semble prouver que sa toxicité est moindre.

La stovaïne est, à l'inverse de la cocaïne, un vaso-dilatateur. Cette action permettra peut-être d'analgésier les malades dans la position assise.

M. Pouchet a constaté l'action toniqne de la stovaïne sur le myocarde. Il n'a pu, dans ses expériences, déceler d'action vaso-dilatatrice.

M. Huchard a traité avec succès plusieurs myalgies et névralgies faciales rebelles par des injections sous-cutanées de stovaïne.

L'appendicite.

M. Championnière. — D'après une enquête très minutieuse et très étendue poursuivie non seulement dans toute la France, mais en Roumanie, Nouvelle-Calédonie, Belgique, Tonkin, Algérie, etc., etc., étudie la pathogénie et l'origine mi-grippale et mi-carnée de l'appendicite. Celle-ci est vraiment une maladie nouvelle. La typhlite ou la colique de *miserere* d'autrefois étaient des maladies rares, tandis que l'appendicite est fréquente. Elle paraît en certaines régions, en certaines familles. Elle suit la grippe et elle coïncide avec une fréquence infiniment plus considérable avec les infections intestinales. Elle se développe à peu près uniquement dans les pays où on abuse de l'alimentation carnée; elle est toujours plus grave chez ceux qui en abusent.

Quand l'appendicite existe, un seul remède nous en débarrasse, l'opération. Mais on pourrait la prévenir par le régime semi-végétarien et par le retour à l'usage périodique de la purgation.

Traitement des anévrysmes par la gélatine.

Après avoir rapporté les observations de 17 malades traités avec succès, M. Lancereaux conclut :

1° La méthode des injections gélatinées appliquée au traitement des anévrysmes de l'aorte n'est nullement dangereuse, si on a le soin de se servir de solutions de gélatine de bonne qualité et bien stérilisées ;

2° Ces injections ont la propriété de favoriser la coagulation du sang dans le sac anévrysmal, et, de cette façon, elles contribuent à la cure des anévrysmes si redoutables des gros vaisseaux ;

3° Les accidents tétaniques ou autres constatés à la suite de l'application de cette méthode ont toujours été l'effet, ou bien de l'emploi de solutions de gélatine de mauvaise qualité, ou bien d'une stérilisation insuffisante des solutions usitées.

M. Regnier appuie les conclusions de M. Lancereaux. Il a traité deux cas fort graves d'anévrysme, l'un de la crosse de l'aorte avec altération du sternum, l'autre du sinus caverneux avec plein succès.

Cancer de la face guéri par les rayons X.

MM. Ch. Monod et Boucher présente une malade de 53 ans atteinte d'épithéliome pavimenteux de la face (vérification histologique) et guérie en trois mois par des applications de rayons X ayant eu une durée de 70 minutes environ.

Un fragment de la peau, excisé pour un nouvel examen histologique et examiné par M. Macaigne, ne montre plus trace d'épithélioma.

Présentation d'instruments.

Les thermomètres médicaux servant d'un malade à l'autre présentent un danger réel au point de vue de l'asepsie. M. le Pr Raymond présente un nouveau modèle très ingénieux, car un dispositif spécial permet de stériliser l'instrument à 125°.

Traité de l'alimentation.

Le Pr Gautier, en présentant la dernière édition de son beau livre sur l'alimentation, signale quelques données intéressantes. La statistique récente de Paris montre une augmentation croissante dans la consommation de lait, mais par malheur une augmentation analogue de celle de l'alcool. Utilisant les données récentes d'Atwater, M. Gautier a essayé d'établir le bilan alimentaire d'après quatre facteurs, 1° la taille, 2° la corpnlence, 3° le poids, 4° le climat.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 juin 1904.

Appendicite à prolongement pelvien.

M. Reynier appuie la façon de faire de M. Chaput et préfère la voie rectale à la voie abdominale. Il a observé la guérison de cinq abcès ouverts par le rectum, quoique l'ouverture fût tardive.

L'abcès doit bomber nettement du côté du rectnm et le diagnostic doit être certain. Aussi, M. Reynier a-t-il l'habitude de commencer par enfoncer une sonde cannelée, sur laquelle il incise ensuite si du pus s'écoule. Il fait faire des lavages rectaux fréquents.

De la prostatectomie (suite).

M. Hartmann n'a pratiqué que 35 prostatectomies sur 426 malades atteints d'hypertrophie de la prostate et s'étant présentés à l'hôpital Lariboisière. Il a perdu deux malades, morts, l'un de démence sénile, l'autre par suite de lésions rénales qu'il avait avant l'opération. Comme complication, il a observé des fistules uréthro-rectales et de l'orchite.

Comme résultats immédiats, il a observé la chute brusque de la fièvre, la diminution du trouble des urines et la disparition rapide des phénomènes gastriques.

Les résultats éloignés ont été excellents, excepté dans trois cas où ils n'ont été que médiocres.

L'âge des malades et le volume de la prostate n'ont aucune importance.

Les glandes qui s'énucléent en un ou trois blocs donnent par la suite les meilleurs résultats.

Corps étranger de la bourse séreuse des tendons de la patte d'oie.

M. Kirmisson fait un rapport sur cette observation de M. Toussaint. Il s'agit d'un soldat de 23 ans qui, à 18 ans, à la suite d'un effort violent, avait ressenti des douleurs en même temps qu'il voyait se développer une tuméfaction au niveau de la partie interne du genou. La palpation permettait de sentir deux masses très dures.

L'incision montra une bourse séreuse à parois épaisses et trois exostoses libres. L'auteur admet la même pathogénie que pour les corps étrangers articulaires.

M. Kirmisson, au contraire, pense qu'il y avait, au moment du traumatisme, des exostoses ostéogéniques dont le pédicule se rompit sous l'influence d'un effort violent.

M. Delbet a présenté, il y a quatre ans, des corps étrangers plus gros que ceux de M. Toussaint, enlevés de la bourse du psoas, laquelle, d'ailleurs, ne communiquait pas avec l'articulation de la hanche.

M. Schwartz a enlevé des corps étrangers deux fois de la bourse séreuse pré-rotulienne et une fois de la bourse olécranienne.

Suture de la carotide primitive. Guérison.

M. Lejars fait un rapport sur cette observation de M. Launay, chirurgien des hôpitaux de Paris.

M. Launay, au cours de l'ablation, chez une femme de 65 ans, d'une tumeur de la partie latérale gauche du cou, développée dans le lobe correspondant du corps thyroïde, ouvrit la carotide, sur nne longueur de 15 millimètres, immédiatement au-dessous de la bifurcation. La plaie longitudinale fut suturée au moyen d'un surjet au fil de lin très fin, d'où plissement léger de la paroi. On mit deux points complémentaires.

La malade, revue quelque temps après et présentée à la Société de chirurgie, était en parfait état et l'on sentait nettement les battements artériels du côté gauche du cou et de la face. Actuellement, son médecin écrit qu'elle ne présente aucun trouble.

M. Tuffier dit que pour que la suture soit indiquée, il faut : 1° un gros vaisseau ; 2° une petite plaie longitudinale ; 3° un accès facile.

Il a eu l'occasion de suturer avec plein succès l'artère fémorale, ouverte sur une longueur de 1 cm., d'un jeune homme. L'existence de battements au-delà ne prouve pas que le vaisseau ne se soit pas oblitéré, car on peut les observer même après ligature brusque du dit vaisseau.

M. Guinard trouve que, pour la carotide du moins, la suture n'a pas sa raison d'être. En cas de plaie, il faut faire la ligature au-dessus et au-dessous. Les accidents de ramollissement cérébral consécutif sont, aujourd'hui, du domaine de l'histoire. Quant à la suture, elle peut, par son arête, donner lieu à la formation d'embolie.

M. Tuffier ne partage pas l'optimisme de M. Guinard sur la ligature de la carotide primitive.

MM. Kirmisson et Faure sont du même avis. Ce dernier a perdu il y a peu d'années une malade qui est morte dans le coma, quelques heures après la ligature.

M. Guinard ne pense pas qu'il y ait des cas d'hémiplégie survenant immédiatement après la ligature.

M. Lucas-Championnière a observé, étant interne, une mort rapide à la suite de cette ligature. Personnellement, il l'a pratiquée un certain nombre de fois sans observer d'accidents.

M. Ricard a eu l'occasion de suturer l'axillaire ouvert au cours d'une dissection de ganglions cancéreux. La malade est morte de récidive et l'examen des pièces a montré un épaississement du vaisseau au niveau de la ligature, mais pas d'oblitération.

M. Regnier a observé un cas d'hémiplégie survenant en quelques heures et, plus d'une fois, du fait de la ligature, une légère parésie disparaissant bientôt.

M. Lejars a observé également un cas d'hémiplégie immédiate, avec coma et mort.

Luxation de l'astragale. Réduction à ciel ouvert. Guérison.

Le malade est présenté par M. Quénu.

Séance du 29 juin 1904.

Ligature de la carotide primitive (suite).

M. Quénu ne partage pas l'avis de M. Guinard quant à son optimisme sur cette ligature. Les accidents existent, quoique rares. Il y a quelques années, M. Quénu fut un jour appelé dans le service de M. Labbé pour un malade qui avait une récidive de cancer ayant ulcéré la carotide et qui perdait son sang abondamment.

Le malade était très pâle. On lui fit la ligature de la carotide primitive et au moment où l'on serrait le nœud du fil, il tomba dans le coma avec hémiplégie et mourut bientôt.

M. Lejars apporte la statistique de Siégrist (de Bâle) portant sur 997 faits, dont 172 datant de 1881 à 1897.

La mortalité générale est allée en diminuant. De 43,2 pour 100 qu'elle était en 1868, elle est tombée dans les temps modernes à 20,3 pour 100.

Sur les 997 ligatures, il y a eu 371 morts dont 80 bien étudiées et imputables à la ligature (coma, hémiplégie, accidents bulbaires). Seulement, sur ces cas, il y avait eu le plus souvent une complication d'une autre affection telle que : ligature des deux carotides, hémorragie suraiguë, cardiopathies, athérome généralisé, etc., pouvant avoir sa part dans la mortalité. Il ne reste que 16 cas dans lesquels on ne trouve rien, en dehors de la ligature, pour expliquer la mort des sujets.

Voici comment se répartissent les cas de mort :

Epilepsie, éléphantiasis de la face, etc........	41	ligatures	1	mort
Exophtalmos pulsatile traumatique..........	76	»	4	»
Anévrysmes.............	276	»	102	»
Tumeurs................	115	»	49	»
Hémorragies............	322	»	163	»

Il semble donc que dans les affections locales, sans lésions cardio-vasculaires, la ligature de la carotide primitive ne détermine presque aucune mortalité et M. Lejars arrive à cette conclusion : *Chez un homme sain, ayant des vaisseaux sains, la ligature de la carotide primitive ne produit pas d'accidents cérébraux.*

Mais il est difficile de se rendre compte de l'état du cœur et des vaisseaux ; aussi, en pratique, serait-il peu prudent, en présence d'une petite plaie de la carotide, d'en pratiquer la suture.

M. Le Dentu veut qu'on établisse une distinction entre les deux exophtalmos pulsatiles, spontané et traumatique. Dans ce premier, la ligature est grave. Tout dernièrement, dans un cas personnel il a observé le coma et l'hémiplégie avec mort en 3 jours, à la suite de cette ligature.

M. Lejars dit que, dans la statistique en question de Siegrist, on note 27 cas d'exophtalmos pulsatile spontané ou idiopathique avec 6 morts,

M. Picqué a présenté, il y a peu de temps, une femme chez laquelle il avait lié la carotide pour un exophtalmos pulsatile consécutif à un simple coup de poing. Il est vraisemblable que les vaisseaux de la malade n'étaient pas en très bon état.

M. Terrier n'a pas observé d'hémiplégie à la suite des ligatures qu'il a faites. Et cependant dans quelques cas il y avait des lésions artérielles en *amont* de la ligature.

M. Chavasse a eu à lier la carotide à la suite de plaie par arme à feu. Dès que l'artère eût été soulevée avec l'aiguille, le malade avait eu une attaque épileptiforme, laquelle s'était reproduite après la ligature.

M. Tuffier, chez un malade atteint d'anévrysme, eut à lier la carotide primitive et les carotides externe et interne. Il n'y eut pas d'accident. Le malade, un syphilitique, mourut au bout de 40 jours de gangrène pulmonaire aiguë.

M. Guinard clôt la discussion et dit qu'en proclamant l'innocuité de la ligature de la carotide primitive, il avait visé les cas d'accidents dans lesquels le système cardio-vasculaire était vraisemblablement intact. La discussion lui donne pleinement raison.

Fistule vésico-rectale par corps étranger (pinceau de boîte à couleurs). Taille sus-pubienne et avivement. Guérison.

M. Schwartz a fait un rapport sur cette observation de M. Jacomet (de Douai).

Luxation récidivante de la mâchoire inférieure opérée et guérie.

M. Terrier présente la malade chez laquelle il a fixé le

ménisque articulaire droit au tissu fibreux de l'arcade zygomatique. Les douleurs ont disparu. Lorsque la malade ouvre la bouche, le menton se dévie légèrement du côté opéré (droit).

Gastrostomie par torsion.

M. Souligoux présente deux malades ainsi opérés.

Plaie du cœur. Suture. Mort.

M. Guinard présente un cœur suturé à la suite d'une plaie. A l'ouverture du pericarde, il y eut un bouillonnement tel que la suture paraissait impossible à exécuter. Il a fallu tenir solidement le cœur entre le pouce et l'index pour arrêter l'hémorragie et les mouvements désordonnés et permettre la suture. La plèvre était pleine de sang. Le malade est mort au bout de 48 heures, malgré un drainage postérieur de la plèvre. L. Kendirdjy.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 juin 1904.

Fièvre typhoïde et tétanos associés.

M. Caussade.— Chez un homme atteint de fièvre typhoïde, l'auteur a observé au vingtième jour un tétanos avec contractures généralisées. La mort survint le cinquième jour après le début à la suite de crises de dyspnée bulbaire. Les fèces contenaient le bacille de Nicolaïer, dont la toxine a tué un cobaye en quarante-huit heures à la dose de 1/100.

M. Merklen revient sur la communication de M. Hirtz dans la séance du 3 juin et, au sujet de la *résorption des œdèmes et des accidents cérébraux consécutifs*, renouvelle ses conclusions : 1) la résorption des œdèmes cause quelquefois des accidents cérébraux ; 2) ces accidents, très effrayants au début, se terminent très souvent par la guérison ; 3) les malades en question sont ou des brightiques ou des vieux asystoliques. L'insuffisance rénale est une condition étiologique nécessaire.

Topographie anatomique du nerf radiculaire spinal.

MM. Sicard et Cestan ont étudié ce tronc nerveux, à court trajet, d'un centimètre environ, qui est placé au niveau du trou de conjugaison et formé par l'accolement pré-ganglionnaire des racines antérieure et postérieure à leur issue dure-mérienne. Les auteurs, en précisant au niveau de ce nerf, mieux dénommé « de conjugaison », la terminaison des culs-de-sac arachnoïdien et sous-arachnoïdien de la racine antérieure et de la racine postérieure, montrent leur profondeur inégale, commandée par l'embryologie et tout à l'avantage de la racine postérieure. La disposition anatomique différente de ces gaînes au voisinage du pôle interne du ganglion rachidien permet d'expliquer la pathogénie de certains faits histologiques et cliniques : *histologiquement*, la prépondérance, au cours de certaines maladies du système nerveux (Nageotte) ou de certaines maladies infectieuses (de Massary) des lésions inflammatoires de la racine postérieure ; *cliniquement*, la présence ou l'absence de la lymphocytose dans la zone d'origine ganglionnaire suivant l'intensité et le siège de la lésion ganglionnaire ; la dilatation des culs-de-sac de la racine postérieure dans le cas de tumeur cérébrale ; enfin la rareté de la névrite infectieuse ascendante : ce carrefour préganglionnaire enserré dans le tissu dure-mérien, étant un véritable point d'arrêt entre les communications spinales et périphériques.

Pachyméningite tuberculeuse et syphilitique.

MM. Sicard et Cestan, dans cette seconde communication, disent que l'étude précédente de la traversée méningo-radiculaire au niveau du trou de conjugaison leur a permis de fixer l'histogénèse de certains processus de pachyméningite tuberculeuse et syphilitique. C'est dans la tuberculose, l'envahissement épidural d'abord, puis l'extension à la séreuse arachnoïdienne, soit directement à travers la duremère, soit indirectement par le cul-de-sac séreux de nerfs de conjugaison. Dans la syphilis, c'est primitivement au niveau de l'espace sous-arachnoïdien que débute la lésion envahissante, de dedans en dehors, d'où la constance de la lymphocytose dans ces cas.

Syringomyélie avec autopsie.

MM. Belin et Laignel-Lavastine apportent cette observation très complète et par conséquent intéressante.

Doigt hippocratique.

MM. Bezançon et de Jong donnent la conclusion suivante à leur étude sur les doigts hippocratiques : ceux-ci sont l'effet non de l'action hypothétique de toxines pulmonaires, comme on a tendance à l'admettre, mais de la gêne mécanique de la circulation périphérique, liée elle-même à la gêne permanente de la circulation pulmonaire. B. T.

Séance du 1er juillet 1904.

Sur le nerf de conjugaison.

M. Nageotte déclare se rapprocher des idées exprimées par M. Sicard, mais il croit inutile de changer la denomination *nerf radiculaire.*

Doigt hippocratique.

M. Béclère se rallie aux observations présentées par MM. Bezançon et de Jong et cite une observation.

Température urinaire chez les tuberculeux.

M. Siredey présente un travail de M. Mantoux sur ce sujet. Cette température serait la plus précise, la plus facile et la plus rapide à prendre Elle est intermédiaire à la température buccale et rectale, on n'a qu'à placer le thermomètre sur le jet d'urine.

Insuffisance respiratoire nasale fonctionnelle.

M. Lermoyez communique quelques observations d'où il résulte qu'un individu sain normal peut desapprendre un acte physiologique important comme la respiration. C'est une question de rééducation à entreprendre.

MM. Laignel-Lavastine et P. Couzard présentent un cas de *ramollissement de l'hémibulbe droit par thromboartérite syphilitique ; syndrome de Jackson et sympathique oculaire.* Observation suivie de quelques reflexions anatomiques sur la topographie des centres du spinal et du centre cilio-bulbaire sympathique. B. Tagrine.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement rationnel de l'artério-sclérose.

Il est, contre l'artério-sclérose, un agent thérapeutique de tout premier ordre : c'est la Santhéose, et plus spécialement la Santhéose lithinée, dont l'efficacité égale la parfaite tolérance.

« Association d'un agent régulateur du cœur (diméthylxanthine d'une irréprochable pureté) qui relève, en excitant l'épithélium rénal, la pression générale du sang, avec un alcalin prototypique (benzoate de lithine) qui résout les hyperplasies, solubilise les déchets urinaires et obvie à leur genèse incessante, grâce à son action décongestive sur le foie surmené des arthritiques, — la Santhéose lithinée assure, avec la dépuration du sang, la stimulation physiologique du cœur. Dès les premiers quinze jours de traitement, la dypsnée d'effort disparaît, les artères semblent plus élastiques sous la pression du doigt, le phosphate calcique qui incruste les vaisseaux se solubilise, les échanges intercellulaires sont ramenés peu à peu à la normale. » (Monin).

La Santhéose qui, entre autres approbations, a reçu celle du maître Huchard, se présente par boites de 24 cachets ayant la forme d'un cœur et dosés à 0 gr. 50 de principe actif. On prescrira de 1 à 4 cachets par jour. Exiger sur chaque cachet la marque « Santhéose », qui est la garantie de la pureté du médicament et, conséquemment, de son efficacité.

FORMULES

II. — Contre les vomissements incoercibles dans le cancer de l'estomac.

Régime lacté absolu et avant chaque prise de lait, IV à V gouttes de la mixture.

Picrotoxine	0 gr. 05
Alcool	q. s. p. dissoudre
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 05
Sulfate neutre d'atropine	0 gr. 01
Ergotine Bonjean	1 gr.
Eau de laurier-cerise	12 gr.

(Alb. Robin.)

PHARMACOLOGIE

L'Alcalinophobie.

Le mot est de Huchard dans ses nouvelles « Consultations médicales ». La chose est plus ancienne et remonte au moins à Trousseau, l'inventeur du mot célèbre de « cachexie alcaline. » Aujourd'hui, on ne croit plus guère à la cachexie alcaline ; on a pu se rendre compte que l'usage prolongé chez les hyperchlorhydriques, de doses massives de bicarbonate de soude (20 à 40 gr. par jour) ne provoque aucune cachexie ; mais on redoute avec Hayem de provoquer par l'abus des alcalins l'atrophie glandulaire de la muqueuse gastrique. — Il ne semble pas que cette crainte soit plus fondée que la première (Huchard) et cependant elle a eu pour résultat de limiter l'emploi d'un merveilleux médicament qui, pour calmer les douleurs de l'hyperchlorhydrie ne peut être remplacé par rien. — Elle a eu un autre résultat. Tandis que, il y a quelques années, les eaux minérales légèrement alcalines du type de Vals Saint-Jean étaient recherchées comme eaux de boisson, on tend aujourd'hui à leur substituer les eaux indifférentes. — Et pourtant, avec la même certitude de pureté au point de vue microbien, l'eau de Vals Saint-Jean, pour prendre cet exemple, a plusieurs avantages, un goût agréable, soit à l'état pur, soit en mélange avec le vin, et une action excitante par son bicarbonate de soude de la sécrétion chlorhydropeptique (Claude-Bernard) et de la motricité gastrique (Albert Mathieu). L'acide carbonique contribue à cette action. Autant ce gaz, en excès comme il peut l'être dans les eaux artificiellement gazéifiées, est nuisible aux estomacs atones, autant, en faible proportion, il peut être utile par sa légère action excitante. Il faut se rappeler que l'acide carbonique agit, de plus, comme un anesthésique et convient ainsi aux estomacs douloureux.

Voilà pour les hypochlorhydriques. Pour les grands hyperchlorhydriques, les eaux minérales les plus riches en bicarbonate de soude ne renferment pas une quantité de ce sel suffisante pour saturer un contenu gastrique exagérément acide : il faut employer le sel en nature ; mais, pour les hyperchlorhydriques légers, qui sont légion, rien ne vaut comme saturant, un verre d'une eau alcaline forte pris une à deux heures après le repas. Il est utile de choisir une eau aussi concentrée que possible. Aucune ne l'est plus que certaines sources de Vals, la Précieuse et la Magdeleine qui renferment une dose de bicarbonate de soude, bien supérieure à celle de l'eau de Vichy.

Dans aucun cas, on n'aura à craindre l'alcalinisation de l'organisme. Bien plus, l'abandon de plus en plus complet des aliments végétaux. l'abus des aliments animaux, l'albuminisme suivant l'expression pittoresque de Barlet, ont pour résultat, chez la plupart des Français du 20e siècle, une hyperacidité des tissus et humeurs à laquelle on peut attribuer le développement si répandu des diverses affections arthritiques. L'usage d'une boisson alcaline est un correctif précieux.

École de médecine de Tours. — Un concours s'ouvrira, le 12 décembre 1904, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole de médecine de Tours.

VARIA

Institution Nationale des Sourds-Muets à Paris.

Dans une circulaire ministérielle aux Préfets, le ministre de l'Intérieur attire l'attention sur l'insuffisance des renseignements fournis au sujet des ressources des familles qui sollicitent des bourses ou des fractions de bourses en faveur de leurs enfants candidats à l'Institution Nationale des Sourds-Muets de Paris.

Le ministre désire faire connaître aux Conseils Généraux, ainsi qu'aux communes et aux familles intéressées, qu'en raison des frais occasionnés par chaque élève, il sera exigé, à l'avenir, de la part des parents qui seront en état de la supporter, une contribution minima de cinq cents francs (500 fr.) Quand les familles ne pourront pas prendre cette somme intégralement à leur charge, il appartiendra soit aux départements soit aux communes ou à ces deux collectivités réunies d'examiner dans quelles proportions elles devront participer à cette dépense, afin d'assurer pour chaque élève le paiement annuel de la somme de cinq cents francs, indépendamment des frais de trousseau (400 fr. une fois payés), qui devront toujours être garantis. Ces nouvelles mesures ne sont pas applicables, bien entendu, aux familles dont l'indigence sera notoire.

CONGRÈS ET EXPOSITION.

Le 1er Congrès international d'assainissement et de salubrité de l'Habitation, aura lieu à Paris en octobre 1904.

Le Congrès français de médecine tiendra sa 7e session du 24 au 27 octobre 1904 à Paris.

Le XIVe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, aura lieu à Pau du 1er au 7 août 1904.

Une **Exposition internationale d'hygiène** aura lieu à Paris d'août en novembre 1904.

Nous publierons prochainement programmes et documents ayant trait à ces congrès et exposition.

Actes et thèses de la Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat. — *Mercredi 13 juillet 1904, à 1 heure.* — *M. Auby* : De l'influence de l'insertion du placenta au segment inférieur sur la grossesse et sur l'accouchement ; MM. Pinard, Tillaux, Legueu, Potocki. — *M. Chanteloup* : Du traitement des hémorragies post-partum ; MM. Pinard, Tillaux, Legueu, Potocki. — *M. Sorlin d'Origny* : Lésions dentaires consécutives à des affections du sinus maxillaire ; MM. Tillaux, Pinard, Legueu, Potocki. — *M. Chaneel* : Luxation trapézo-métacarpienne ; MM. Tillaux, Pinard, Legueu, Potocki. — *M. Darin* : Les médecins et la mutualité ; MM. Pouchet, Blanchard, Déjerine, Roger. — *M. Beauvy* : Recherches cliniques sur l'acétonurie (en dehors du diabète et de la puerpéralité) ; MM. Pouchet, Blanchard, Déjerine, Roger. — *M. Rabier* : Du rôle social du médecin ; MM. Blanchard, Pouchet, Déjerine, Roger. — *M. Gangloff* : Contribution à l'étude de la tare héréditaire (vésanique, nerveuse et toxique) chez les aliénés ; MM. Déjerine, Poucher, Blanchard, Roger. — *M. François* : L'appendicite au cours de la fièvre typhoïde ; MM. Terrier, Kirmisson, Walther, Mauclaire. — *M. Guilloteau* : Des calculs salivaires du canal de Wharton et de la glande sous-maxillaire ; MM. Terrier, Kirmisson, Walther, Mauclaire. — *M. Nau* : Les scolioses congénitales ; MM. Kirmisson, Terrier, Walther, Mauclaire. — *M. Mignardot* : Des rétrécissements et des traumatismes des voies respiratoires supérieures dans leurs rapports avec la tuberculose (trachéotomie et tuberculose) ; MM. Landouzy, Brissaud, Widal, Bezançon. — *M. Moguilewsky* : Médication acide duodénale ; MM. Brissaud, Landouzy, Widal, Besançon. — *M. Comte* : Les auxiliaires médicaux et les « Districts-nurses » ; MM. Brissaud, Landouzy, Widal, Bezançon. — *M. Lieutier* : De l'action de la belladone sur la sécrétion du suc gastrique et de son application au traitement de l'hyperchlorhydrie ; MM. Brissaud, Landouzy, Widal, Besançon. — *M. Disser* : Des résultats éloignés de l'intervention chirurgicale dans le traitement de la gangrène pulmonaire ; MM. Gaucher, Letulle, Teissier, Broca (André). — *M. Miquel* : De la valeur nosologique de la maladie de Dercum ; MM. Gaucher, Letulle, Teissier, Broca (André). — *M. Weil* : Le développement de l'hystérie dans l'enfance : MM.

Gaucher; Letulle, Teissier, Broca (André). — *M. Yuzbachian* : Considérations étiologiques et anatomo-pathologiques sur les phlébo-scléroses ; MM. Gaucher, Letulle, Teissier, Broca (André.)

Samedi 16 *juillet* 1904. à 1 heure. — *M. Fabre* : La migraine chez les enfants ; MM. Debove, Dieulafoy, Hutinel, Achard. — *M. Raynaud* : Pseudo-rhumatismes infectieux et rhumatismes tuberculeux ; MM. Dieulafoy, Debove, Hutinel, Achard. — *M. Archirouni* : Congestion broncho-pulmonaire du sommet au cours de la fièvre typhoïde ; MM Dieulafoy, Debove, Hutinel, Achard. — *M. Guerder* : Etude clinique sur le traitement local de la tuberculose par un extrait de foie de morue ; MM. Hutinel, Debove, Dieulafoy, Achard. — *M. Gardner* : Opérations plastiques et anastomoses dans le traitement des rétentions du rein ; MM. Guyon, Budin, Marion, Demelin. — *M. Poiret* : De l hallux valgus et de son traitement ; MM. Guyon, Budin, Marion, Demelin. — *M. Cavault* : Sur une variété d'albuminerie gravidique Des albuminuries massives ; MM. Budin, Guyon, Marion, Demelin. — *M. Boncour* : Pronostic de l'accouchement chez les primipares âgées ; MM. Budin, Guyon, Marion, Demelin. — *M. Malbec* : Des variations du périmètre thoracique dans quelques maladies des voies respiratoires ; utilité de la mensuration ; MM. Brouardel, Raymond, G. Ballet, Dupré. — *M. Hubert* : La loi sur les accidents du travail et le secret professionnel ; MM. Brouardel, Raymond, G. Ballet, Dupré. — *M. Bérault* : La maison de tolérance considérée au point de vue hygiénique et social : MM. Brouardel, Raymond, G. Ballet, Dupré. — *M. Drain* : La tuberculose à Saint-Quentin, de 1889 à 1903. Prophylaxie et traitement. MM. Raymond, Brouardel, G. Ballet, Dupré. — *M. Maziol* : Des luxations exceptionnelles de la hanche ; MM. Le Dentu, Berger, Faure, Auvray. — *M. Le Lout* : Les gommes tuberculeuses profondes du mollet ; MM. Le Dentu, Berger, Faure, Auvray. — *M. Dubrac* : De l'absence congénitale du péroné ; MM. Le Dentu, Berger, Faure, Auvray. — *M. Croyn* : Le traitement non sanglant des fractures de l'olécrâne ; MM. Berger, Le Dentu, Faure, Auvray. — *M. Demontmerot* : De la forme paraplégique du tétanos chronique ; MM. Gilbert, Chauffard, Gouget, Jeanselme. — *M. Beauchef* : Cirrhose alcoolique hypertrophique anascitique ; MM. Gilbert, Chauffard, Gouget, Jeanselme. — *Mme Gourevitch* : L'origine digestive du rhumatisme articulaire aigu ; MM. Gilbert, Chauffard Gouget, Jeanselme.

Examens de doctorat. — *Lundi*, 11 *juillet* 1904. — 1er (Chirurgien-dentiste) : MM. Ch. Richet, Rémy, Sébileau. — 2e (Chirurgien-dentiste) : MM. Gaucher, Mauclaire, Desgrez. — 5e (2e partie, 1re série A. R.) : MM. Hayem, Déjerine, Legry. — 5e (2e partie, 2e série A. R.) : MM. Landouzy, Letulle, Teissier. — 5e (2e partie, N. R.) : MM. Brissaud, Roger, Bezançon.

Mardi, 12 *juillet* 1904. — 2e (Chirurgien-dentiste, 1re série) : MM. Berger, Vaquez, Jeanselme. — 2e (Chirurgien-dentiste, 2e série) : MM. Gilbert, Dupré, Faure. — 5e (Chirurgien-dentiste, 3e série) : MM. Troisier, Chassevant, Marion. — 2e (Chirurgien-dentiste, 4e série) : MM. G. Ballet, Auvray, Richaud. — 5e (2e partie, 1re série) : MM. Joffroy, Chauffard, Méry. — 5e (2e partie, 2e série) : MM. Raymond, Achard, Renon. — 5e (2e partie) : MM. Hutinel, Thiroloix, Gouget.

Mercredi, 13 *juillet* 1904. — 2e (Chirurgien-dentiste) : MM. Tuffier, Desgrez, Legry.

Vendredi, 15 *juillet* 1904. — 2e (Chirurgien-dentiste, 1re série) : MM Pouchet, Letulle, Walther. — 2e (Chirurgien-dentiste, 2e série) : MM. Landouzy, Roger, Legueu. — 2e (Chirurgien-dentiste, 3e série) : MM. Kirmisson, Widal, Bezançon. — 2e (Chirurgien-dentiste, 4e série) : MM. Reclus, Teissier, Desgrez.

Samedi, 16 *juillet* 1904. — 2e (Chirurgien-dentiste : MM. De Lapersonne, Méry, Richaud. — 5e (2e partie, 1re série) : MM. Chantemesse, Widal, Vaquez. — 5e (2e partie, 2e série) : MM. Troisier, Thiroloix, Rénon.

Concours du Clinicat. — Sont nommés chefs de clinique : *Médecine* : MM. Ghicka et Nattan-Larrier, titulaires ; M. Crouzon, adjoint. — Pédiatrie : M. Terrien, titulaire : M. Delille (A.), adjoint. — *Maladies cutanées et syphilitiques* : M. Paris, titulaire ; M. Sabatié, adjoint.

Chaire de pathologie expérimentale et comparée. — M. Roger est présenté en première ligne ayant obtenu 17 voix et M. Widal en seconde ligne avec 13 voix.

Concours du prosectorat. — Le concours du prosectorat s'est terminé par la nomination de MM. Grégoire et Baumgartner.

THERAPEUTIQUE

Opothérapie hématique.

Toutes les fois qu'une glande ou un groupe de cellules spécial est mis en état d'insuffisance, il est indiqué de rendre à l'organisme les substances qui lui font défaut. Donner de la pepsine à un estomac déficient, de l'entérozymase à un intestin parésique, de l'extrait ovarique à une femme dont l'ovaire a sa fonction troublée, sont des indications aujourd'hui courantes et scientifiquement admises. C'est le principe de la médication opothérapique.

Il s'applique de la façon la plus rationnelle dans le traitement des anémies. Quand l'hémoglobine vient à manquer dans le sang, il semble naturel de l'y ajouter. Bunge et d'autres auteurs ont établi que le traitement des anémies par les ferrugineux minéraux est un contre-sens ; les préparations d'hémoglobine sont celles qui sont ici rationnelles.

Ces considérations biologiques expliquent de la façon la plus naturelle les succès considérables obtenus dans le traitement de la chloro-anémie par Dujardin-Beaumetz, à l'hôpital Cochin. Ce Maître employait les préparations d'hémoglobine de Deschiens, dont il a parlé dans ses leçons de clinique thérapeutique avec éloges (p. 449).

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 19 juin au samedi 25 juin 1904, les naissances ont été au nombre de 1.033, se décomposant ainsi : légitimes 761, illégitimes 272.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Du dimanche 19 juin au samedi 25 juin 1904, les décès ont été au nombre de 711. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 2. — Typhus exanthematique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 16. — Scarlatine : 3. — Coqueluche : 5. — Diphtérie et Croup : 4. — Grippe : 1. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 3. — Tuberculose des poumons : 168. — Tuberculose des méninges : 28. — Autres tuberculoses : 20. — Cancer et autres tumeurs malignes : 55. — Méningite simple : 22. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 44. — Maladies organiques du cœur : 48. — Bronchite aiguë : 7. — Bronchite chronique : 16. — Pneumonie : 17. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 39. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 4. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 3 ; autre alimentation : 17. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 2. — Hernies, obstruction intestinale : 2. — Cirrhose du foie : 9. — Néphrite et mal de Bright : 16. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes genitaux (femmes) : 4. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 2. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : 17. — Débilité sénile : 24. — Morts violentes : 18. — Suicides : 9. — Autres maladies : 79. — Maladies inconnues ou mal définies : 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 57, qui se décomposent ainsi : légitimes 41, illégitimes 16.

Académie des Sciences. — MM. Metchnikoff, de Paris, et Waldeyer, de Berlin, sont élus membres correspondants.

Faculté de médecine de Lille. — M. le Pr Combemale est nommé, pour une période de trois ans, doyen de ladite Faculté.

Ecole de médecine de Poitiers. — Un concours s'ouvrira, le 9 janvier 1905, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Poitiers.

Hôpitaux de Bordeaux. — M. le Dr Rocher est nommé chirurgien-adjoint des hôpitaux de Bordeaux.

Corps médical des hôpitaux d'Algérie. — Le gouverneur général de l'Algérie vient de prendre un arrêté (7 juin), organisant le Concours pour le recrutement du personnel médical des hôpitaux. Voici le texte de l'art. 1er : « A dater du présent arrêté, les médecins, médecins-suppléants, chirurgiens et chirurgiens-adjoints des hôpitaux civils d'Alger, Bône, Constantine, Philippeville et Oran sont recrutés par voie de concours ouvert à Alger, et dont les règles sont déterminées par un arrêté spécial. L'arrêté portant ouverture du concours déterminera le nombre maximum des admissions à prononcer. »

Poste Médical. — Médecin, célibataire, ex-préparateur des sciences, demande situation dans laboratoire de médecine et thérapeutique expérimentales (physique et chimie), ou laboratoire clinique. *S'adresser au bureau du journal.*

Chronique des hôpitaux de Paris.

Concours de médecine des hôpitaux. — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Papillon, Grifon et Léon Bernard.

Concours d'externes. — L'ouverture du concours aura lieu le lundi 17 octobre 1904, à quatre heures précises, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49. Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le jeudi 1er septembre jusqu'au vendredi 30 du même mois inclusivement.

Hospice de Bicêtre. — Bourneville. Visite et représentation de malades le samedi à 9 heures et demie très précise.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie VIGOT, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Frumerie (de). — Cours de massage accessoire des soins d'accouchements à donner aux femmes enceintes et parturientes, aux nourrices et nourrissons. 1 vol. In-18 jésus, avec 28 fig. dans le texte. Prix........ 2 fr.

Frumerie (de). — Notions de traitement manuel ; leçons de massothérapie et de kinésithérapie faites dans le service de M. le prof. Gilbert, à l'hôpital Broussais. 1903. 1 vol. In-18 jésus avec figures dans le texte. Prix........ 2 fr.

Ch. Remy et P. Peugniez. — Les rayons X et l'extraction des projectiles. 1 vol. In-8 de 112 pages avec 9 figures dans le texte. Prix........ 3 fr. 50

Librairie Eugène FASQUELLE, éditeur, 111, rue de Grenelle.

Toulouse (Dr). — Les conflits intersexuels et sociaux, 1 vol. de la « Bibliothèque Charpentier » de 410 pages. Prix... 3 fr. 50

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères, Clermont (Oise).
Maison speciale pour publications périodiques médicales.

3e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XX. N° 29. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 16 JUILLET 1904

Le Progrès Médical

HYGIÈNE SCOLAIRE

L'hygiène bucco-dentaire de l'enfant à l'école et dans la famille ;

Par le Dr **André BOZO**.

Depuis plus de 20 ans que l'hygiène est entrée dans la phase des réalisations pratiques a-t-on fait, relativement à l'hygiène de l'écolier, tout le nécessaire ?

Sans doute, d'immenses progrès ont été accomplis, des écoles plus saines, plus aérées, bien situées, ont été construites, la nourriture a été mieux réglée et plus surveillée, la désinfection pénètre heureusement partout dans l'école, au moins, si l'on s'en rapporte aux règlements.

Des médecins inspecteurs ont été nommés, des dispensaires ont été installés un peu partout, la vaccination est surveillée, les teigneux ont leur école à part, au moins, à Paris etc., etc. ; tout cela est parfait, et représente un grand progrès si l'on tient compte surtout de l'apathie ordinaire des autorités en matière d'hygiène, et de la lenteur avec laquelle les notions d'hygiène pénètrent dans les masses ; mais il existe dans tout cela une lacune énorme, une lacune incompréhensible, vous devinez tout de suite à quoi je fais allusion : l'hygiène de la bouche et des dents est complètement négligée, aussi bien à l'école secondaire qu'à l'école primaire.

Et il n'est pas nécessaire d'envisager cette lacune avec des yeux de spécialiste pour en comprendre l'invraisemblance ; qui de nous n'a pas été victime dans son enfance de ces douleurs intolérables causées par l'éruption des dents non surveillée, ou par leur carie ? qui de nous, plus tard, n'a pas été peiné plus d'une fois de voir sur un joli visage de jeune fille, un sourire enlaidi par des dents ébréchées ou déviées de leur belle ordonnance normale ! Malgré ce souvenir douloureux, que chacun peut avoir et ces constatations que chacun peut faire trop souvent, la question n'a pas avancé d'un pas depuis 1883, où, pour la première fois en France, parmi les spécialistes, le docteur Pietkiewicz élevait la voix sur ce sujet dans le sein de la Société de médecine publique et d'hygiène. Le docteur Pietkiewicz demandait que les médecins inspecteurs examinent la bouche des enfants, et préviennent les parents des soins nécessaires.

Il demandait en outre à la Société de faire des démarches afin d'obtenir l'organisation d'un service dentaire pour les écoles communales de Paris. Quelques mois auparavant, d'ailleurs, M. Levraud, conseiller municipal de Paris, avait fait un rapport favorable à cette organisation, à la suite d'une pétition adressée au Conseil.

Plus tard, Magitot, dont le nom domine toutes les branches de la spécialité, publia une instruction détaillée sur l'examen de la bouche et des dents des écoliers ; — puis après lui le docteur Galippe, sur les soins à leur donner. La question était soulevée, et depuis cela parurent des thèses, des articles et des communications en nombre respectable. Mais toutes ces voix unanimes se sont fait entendre presque toujours dans les réunions de spécialistes ou dans les revues spéciales, presque toujours ce furent des convaincus prêchant des convertis. Lorsqu'on parcourt les traités d'hygiène, les grands comme les petits, les livres de vulgarisation, comme les ouvrages scientifiques, on est surpris de voir quelle humble place occupe cette question d'hygiène bucco-dentaire.

Nous connaissons même un petit traité d'hygiène populaire paru tout récemment, où cette question devrait pourtant être exposée avec détail et dans lequel il n'en est pas dit un mot. Par exemple, on y parle avec abondance de l'hygiène du visage, des cheveux, des mains et des pieds ; il n'y a pourtant pas à hésiter, il me semble, entre enseigner au peuple le moyen de prévenir une rage de dents ou celui de guérir un cor aux pieds.

J'ai dit tout à l'heure que les soins dentaires étaient négligés aussi bien à l'école primaire qu'à l'école secondaire, je n'en veux pour preuve que le rapport fait en juin 1899 à la Société de médecine publique d'hygiène par le docteur Faivre, attaché au service d'hygiène du ministère de l'intérieur. De l'enquête portant sur 18 établissements, il résulte, dit le Dr Faivre : 1° que si les élèves doivent posséder les objets nécessaires aux soins de la bouche, en pratique ce sont des objets rares et dont on ne se sert pas ; 2° les objets de toilette sont placés pêle-mêle dans un coffret à la tête du lit, la brosse à cheveux, le peigne, les pots de pommade, le cosméti-

que, etc., couverts de débris de cheveux et de pellicules y côtoient fraternellement la brosse à dents; d'autre part, ces objets, devant être portés au lavabo situé souvent loin du lit, sont facilement oubliés par l'élève, auquel un temps trop restreint est accordé pour sa toilette ; 3° dans le cas où un dentiste est attaché à l'établissement les élèves ne sont pas obligés de se soumettre à son examen et encore moins à ses soins.

Le spécialiste vient généralement une fois la semaine, quelquefois moins, en province surtout.

On annonce son arrivée dans les cours de récréation, mais aucun des élèves n'est contraint à un examen méthodique, ce qui fait que beaucoup d'enfants, par crainte, par négligence, parce qu'ils préfèrent simplement continuer le jeu commencé, s'abstiennent de se rendre à la consultation du spécialiste. Dans les grandes douleurs de la pulpite ou de la périostite, quand l'enfant se plaint, on songe alors à le conduire chez le dentiste.

Les soins tardifs sont toujours douloureux, et l'enfant, s'il est soulagé, est souvent mutilé, car c'est généralement par une extraction que se termine cette visite *in extremis* faite isolément, alors que plusieurs seraient nécessaires. La plupart du temps, le dentiste des établissements secondaires n'est qu'un mythe incolore, bon simplement à figurer sur le prospectus de l'école pour donner aux familles une sécurité trompeuse. D'ailleurs, dans les familles, on est encore d'une négligence souvent extraordinaire ; inutile de rappeler les préjugés multiples issus des recettes ménagères trouvées dans les almanachs : recommandation de ne pas brosser les dents pour ne pas les user ! formules de poudres ou de pâtes ou d'opiats contenant en abondance des poudres organiques, telles que quinquina, iris, etc., etc., et qui restant entre les dents et sous les gencives, au niveau du collet, se putréfient et infectent la bouche. Et puis, il faut l'avouer aussi, bien des fois le médecin de la famille néglige le côté dentaire. Si les parents n'attirent pas tout spécialement son attention, il ne songe jamais à jeter un regard même superficiel sur l'appareil dentaire, comme si, au simple point de vue de l'avis utile à donner ou du soulagement urgent et temporaire à apporter, l'examen des dents ne rentrait pas dans les attributions du médecin de la famille, au même titre que l'examen des yeux, des oreilles, de la gorge et du nez.

Et vous allez voir, Messieurs, quelles déformations peut entraîner la négligence de l'examen des dents dans l'enfance. Voici deux moulages articulés provenant de bouches féminines et qui sont, je crois, très démonstratifs.

En outre des déviations contraires à l'esthétique du visage, à la propreté de la bouche, il y a d'autres conséquences de la négligence des soins dentaires. Sans parler des complications septiques aiguës auxquelles sont exposés tous ceux qui ont des dents infectées, il existe une série de troubles organiques consécutifs à la carie et à l'absence des dents, qui sont particulièrement néfastes chez l'enfant et le jeune homme. Les ulcérations de la langue et des joues, l'inflammation des gencives qui deviennent fongueuses et saignantes, la mastication incomplète et tous les troubles intestinaux qui peuvent en être la conséquence. Si l'on en croit les Drs Mathieu et Legendre, beaucoup de gastrites, de dyspnées, de dilatation d'estomac, ne reconnaissent pas d'autre origine. Le Dr Sébileau n'a-t-il pas montré, il y a quelques années, que l'infection de la pulpe dentaire peut se propager aux glandes salivaires, aux vaisseaux lymphatiques et aux ganglions, pour provoquer la septicémie lympho-phlegmoneuse du cou la septicémie phlébophlegmoneuse ou la septicémie générale. Inutile de rappeler que la carie avancée de la dent de 6 ans et même des voisines peut causer une infection du sinus maxillaire et des accidents de suppuration qui constituent ce que les professeurs Lejars et Richet ont appelé la cachexie dentaire.

Sans doute, ces graves complications sont peu fréquentes eu égard à la fréquence de la carie, mais leur possibilité suffit seule à justifier des mesures préventives sérieuses.

Dans certains pays, en Suède, en Amérique, en Angleterre, en Allemagne, en Belgique, en Russie par exemple, on a fait plus qu'en France.

C'est encore bien incomplet, mais au moins on est entré dans la voie des réalisations pratiques.

En Angleterre et aux Etats-Unis, l'inspection et les soins se pratiquent à peu près régulièrement ; mais, fait à noter, ces organisations sont dues à l'initiative privée toujours plus rapide et plus perspicace que l'intervention officielle. En Suède, on est encore à la période des études préliminaires, mais les travaux et statistiques du Dr Forbery, chargé par son gouvernement d'une étude approfondie, sont si probants qu'ils aboutiront à une solution pratique. En Russie, le Dr Limbert fit de même et présenta au Ministère de l'Instruction publique un plan d'organisation très complet dont l'application est décidée. En Belgique, la ville d'Anvers a installé un service d'inspection et de soins pour les enfants des écoles communales confié à des praticiens expérimentés. Enfin, à Hambourg, grâce à un legs d'un généreux donateur, Gustave Mellin, la municipalité a organisé un hôpital dispensaire dans lequel les enfants des écoles reçoivent des soins. Cet hôpital spécial, luxueusement installé, poursuit un triple but : 1° donner des soins dentaires aux pauvres de Hambourg ; 2° soigner les dents des enfants pauvres des écoles d'après un plan déterminé ; 3° faire avancer la stomatologie par des recherches scientifiques. Mais en dépit de son organisation puissante, la fondation Gustave Mellin n'arrive pas à soigner les 50.000 enfants pauvres de Hambourg.

Toutes ces tentatives partielles montrent qu'un mouvement est créé dans les sphères officielles et que bientôt tout sera organisé d'une façon satisfaisante.

En France, à Paris entre autres, rien de semblable, et si quelques-uns de mes honorables confrères donnent une partie de leur temps aux enfants des écoles primaires, c'est grâce toujours à leur initiative désintéressée.

Pourtant les études préliminaires ne manquent pas, pour ne citer que les statistiques de Magitot, les travaux du Dr Galippe, et, parmi les plus récentes, les thèses des docteurs Tarrade et Collard, la communication du docteur Siffre à la Ligue des Médecins et des Familles etc., etc., etc. On a vu tout à l'heure quelle véritable déchéance organique entraîne la négligence de l'hygiène bucco-dentaire, il faut donc intervenir, il faut que l'appareil dentaire des écoliers (écoles maternelles et primaires surtout) soit examiné régulièrement, que les enfants indigents soient à même de trouver des soins gratuits et suffisants et, si j'insiste sur les écoles maternelles et primaires, c'est que là se trouvent au maximum : et l'incurie des pouvoirs, et la négligence des parents, et le nombre des sujets, et le nombre des indigents.

Eh bien ! qu'y a-t-il à faire ?

1° Organiser des services d'inspection réguliers ; 2° créer des dispensaires ou utiliser, en les organisant, ceux qui existent déjà ; 3° faire une propagande active dans la masse du peuple et l'instruire sur les avantages de l'hygiène bucco-dentaire.

Le service d'inspection doit être, à notre avis, à double effet. Je m'explique, il faudrait que tout enfant ou tout écolier soit examiné lors de son entrée à l'établissement (maternel, primaire ou secondaire), soit examiné, dis-je, au point de vue dentaire, comme il l'est relativement à la teigne, à la vaccine, etc. Il faudrait qu'une fiche dentaire soit faite pour chaque enfant, il y en a pour 10 minutes à peine et si l'enfant a besoin de soins immédiats, qu'il soit dirigé, s'il est indigent, sur le dispensaire, ou, s'il ne l'est pas, que ses parents soient avertis des soins à donner.

Là est un écueil évident, car bien souvent les parents reculeront devant ce qu'ils appelleront des soins inutiles, mais à l'impossible nul n'est tenu. Le temps et la persuasion font beaucoup plus en matière d'hygiène privée que les règlements les plus solides, et les générations futures, mieux instruites, parce que plus soignées dans leur jeunesse, n'auront plus les mêmes préjugés.

L'inspection sera refaite tous les 3 mois, par exemple, et la fiche dentaire modifiée s'il y a lieu ; c'est naturellement un médecin qui sera chargé de cette inspection, qu'il ait le titre de médecin-inspecteur ou de médecin traitant attaché à l'établissement, peu importe.

Mais pour compléter cette inspection trimestrielle (voilà le second effet) il faudrait que le personnel enseignant de l'école soit capable de voir clair dans une bouche, et ne dites pas que c'est au-dessus de ses forces, rien n'est plus simple que de comprendre ce qu'est une formule dentaire et de savoir l'établir, et ce serait un utile appoint et un complément indispensable pour l'inspection trimestrielle.

Lorsque l'enfant se plaindrait et dans l'espace d'un trimestre, ce n'est pas impossible, l'instituteur saurait voir où est le mal et conduire l'enfant au dispensaire ou avertir les parents en conséquence ; je voudrais que, dans les écoles normales, on apprenne aux instituteurs futurs à faire cette inspection complémentaire.

J'arrive à la question des dispensaires.

C'est la plus difficile à résoudre parce que c'est elle qui demande le plus grand sacrifice d'argent. Là est toute la question, et il faut trouver le moyen de la tourner plutôt que de la résoudre d'emblée. Eh bien ! à Paris, principalement, il me paraît très possible de faire la chose à relativement peu de frais.

Il y a dans les hôpitaux, qui eux sont distribués sur toute la surface de la capitale, des consultations dentaires fonctionnant régulièrement, toutes sont ouvertes au public deux jours la semaine. Voilà donc des installations encore bien incomplètes, mais qui, un jour sont appelées à devenir parfaites et qui ne sont utilisées que 2 jours par semaine, 104 jours par année. Or pourquoi, deux autres jours par semaine, ne pas transformer ces consultations en dispensaires pour les écoliers pauvres. Les locaux sont tout trouvés, l'instrumentation est à peu près organisée, le personnel secondaire est à portée. Reste le personnel spécial. Je ne crois pas que, même pour une rémunération importante, on puisse compter sur les dentistes consultants actuels ; cette nouvelle charge leur prendrait deux matinées de plus par semaine et leur clientèle ne leur permetrait pas cette perte de temps. Non il faudrait choisir, soit par voie de concours, soit par voie de nomination, des praticiens expérimentés et l'Assistance en s'adressant, comme pour ses consultations actuelles, au corps médical trouverait là toutes les garanties désirables.

Au point de vue de la rémunération, pourquoi ne pas placer les nouveaux venus sur le même pied que leurs confrères. D'ailleurs, est-il bien nécessaire de créer un titre spécial ? En s'adressant aux dentistes adjoints des hôpitaux et en en augmentant le nombre, on éviterait toute complication et toute rivalité possible entre deux services fonctionnant parallèlement dans le même local.

L'Assistance pourrait faire appel à l'Etat, au département et à la commune pour contribuer aux frais supplémentaires peu élevés, nécessités par le fonctionnement de ce nouveau service et le corps des dentistes des hôpitaux trouverait là un champ fertile d'enseignement pour ses élèves et ses jeunes confrères.

Reste la propagande.

Cette question a son importance au point de vue de l'avenir. Il faudrait que, de temps en temps, à l'occasion d'une solennité scolaire, le médecin de l'école fasse une conférence sur l'hygiène buccale, ses avantages et ses inconvénients. Il faudrait aussi qu'un personnel enseignant averti profite de la plus petite occasion pour traiter la question sous forme de causeries ou de conseils amicaux.

Il faudrait que les surveillants tiennent la main à ce que les enfants se brossent les dents deux fois par jour plus sérieusement le soir que le matin, s'habituent au rinçage de bouche après chaque repas, et se créent ainsi des réflexes utiles qui resteront toute la vie.

Il faudrait aussi que les médecins de l'avenir soient plus avertis de la nécessité de soigner et surveiller les dents. Il faudrait que la pathologie bucco-dentaire ait droit de cité à la faculté, et que le jeune médecin qui part dans la lointaine province et surtout le médecin de campagne ait des notions suffisantes de pathologie bucco-dentaire pour donner un conseil utile, apporter un soulagement temporaire en cas d'urgence et abandonner cette pratique de l'extraction d'office, qui ne devrait être tenté qu'en dernier lieu et par la main du spécialiste. Il faudrait enfin que la stomatologie ne soit pas considérée comme une science hors de la médecine ; elle y tient, elle en est issue, elle en est bien la fille, fille cadette il est vrai, mais dont les parrains sont assez glorieux pour lui donner droit de cité.

La prostitution a Toulon. — Déclaration de M. Gouzeau, adjoint à la police :

« Je vais, dès à présent, dit-il, m'occuper très activement de la prostitution et je ne désespère pas d'arriver à refouler toutes les filles soumises dans le quartier réservé. Les rapports de police que j'ai consultés accusent une notable diminution du nombre des filles en carte, durant ces dernières années : le quartier réservé ne compte plus que 54 maisons dont 50 ouvertes et renferme environ 250 femmes. En ville, il n'en reste guère que 70. Je ferai surveiller activement les bars et cafés à femmes, les garnis, et m'efforcerai d'empêcher l'abominable raccrochage exercé en ville. Je verrai ensuite la question des bars du quartier réservé ; je sais, d'autre part, que l'on va m'adresser une pétition en vue d'obtenir pour les filles soumises l'autorisation de sortir en ville : je la refuserai. (*Petit Var*, 25 mai 1904.)

THÉRAPEUTIQUE

De quelques formes de nanisme et de leur traitement par la glande thyroïde ;

Par **BOURNEVILLE** et **LEMAIRE** (1).

§ III. — Nanisme avec obésité.

L'action de la glande thyroïde dans cette variété de nanisme porte à la fois sur l'accroissement de la taille et sur le développement exagéré du système adipeux qu'elle arrête ou diminue. Après avoir relaté une observation complète très démonstrative, nous nous bornerons à en résumer quelques autres.

Obs. XLV. — Arriératon intellectuelle. Nanisme ; obésité,

Sommaire. — *Père, pas d'accidents nerveux. Renseignements insuffisants sur sa famille. Mère hystérique? — Dans les familles du père et de la mère, on ne signale aucun obèse, ni aucun nain. — Pas de cousanguinité. Inégalité d'âge des conjoints* : 23 ans *Deux sœurs mortes tuberculeuses.*
Conception, grossesse, accouchement, normaux. — Convulsions à l'âge de deux ans. Deux états de mal convulsifs à 2 ans et demi. — Retard dans la croissance dès l'âge de trois ans et demi. Seconde dentition complète seulement à 14-15 ans. Obésité manifeste dès l'âge de 14 ans. Retard dans le développement de la puberté. Traitement thyroïdien : augmentation de la taille.

Ra... (Henri-Louis), né le 5 mars 1880, est entré dans le service le 30 mars 1899. Il est passé dans l'hôpital le 21 février 1901.

Antécédents. (*Renseignements fournis par la mère du malade*). Père, jardinier, mort à 79 ans de bronchite chronique, après avoir été quatorze mois malade. Rhumatisant, non alcoolique. Pas de tabagisme, non névropathe. Pas de convulsions dans l'enfance. Pas d'indice de syphilis. Caractère très calme. *Il était grand et non obèse.*

Famille du père. Ses *père* et *mère* sont morts alors qu'il n'avait que 14 ans environ : on n'a aucun détail sur eux, ni sur les *grands-parents*, ni sur les *oncles* et *tantes* ; trois *frères* morts vieux, un à 69 ans, après avoir été *paralysé* quatre ans ; les deux autres vers 60 ans. — Deux *sœurs*, l'une est morte à 78 ans ; l'autre, vivante, a 80 ans. — Dans le reste de la famille, on ne trouve aucune tare, aucune maladie nerveuse, pas d'épileptiques, pas d'idiots, pas de sujets difformes, strabiques, sourds-muets ; on ne signale aucune malformation congénitale, aucune tare morale ni intellectuelle.

Mère, 57 ans, ouvrière dans une manufacture de laine. De six ans à 7 ans et demi, à la suite d'une peur, elle aurait eu une *dizaine de crises* survenant à la suite de contrariétés. Ces crises semblent être de nature hystérique. Étant enfant, elle était de taille moyenne. Réglée à 13 ans, mariée à vingt ans. Vers l'âge de trente ans, elle commença à éprouver, deux ou trois jours avant ses règles, des douleurs de tête sans vomissements. Elles ont disparu vers cinquante ans ; ménopause à cinquante-deux ans. Ni maladie de peau, ni syphilis. Elle est sobre, calme, non rhumatisante. Elle n'est pas obèse et présente seulement un embonpoint moyen. Elle est bien conservée pour son âge.

Famille de la mère. Père sobre. mort à 65 ans, d'une affection pulmonaire aiguë. — *Mère* morte à 75 ans d'une maladie du foie. — *Grands-parents paternels*, inconnus, morts jeunes, ainsi que le *grand-père maternel. Grand'mère maternelle* morte vers 70 ans, sobre, pas d'accidents nerveux. Deux *oncles paternels* morts très vieux. — Deux *frères*, dont l'un est mort à la suite d'une affection pulmonaire chronique à 33 ans. L'autre, 59 ans, se porte bien. Une sœur, 55 ans, bien portante. — Ni les deux *frères*, ni la *sœur*, n'ont eu de convulsions. Ils ne sont pas névropathes. Il en est de même pour les neveux et les nièces. — Dans le reste de la famille, il n'y a rien à signaler. Pas de tares nerveuses, etc.

Pas de consanguinité. Le père était de Flexbourg (canton de Waselanne), la mère de Stottyheim (canton de Peinfeld). Il n'y a pas de goîtreux dans ces pays. Il n'y a dans les deux familles ni nains, ni goîtreux, ni obèses. Dans la famille du père, on était en général grand. Inégalité d'âge des deux conjoints : *vingt-trois ans.*



Fig 1. — R..., en 1900.

Sept *enfants.* Le père de notre malade a eu 4 enfants d'un *premier mariage.* Ils sont normaux, sobres, non obèses, de taille ordinaire. Ils ont tous des enfants intelligents et n'ayant pas eu de convulsions.— D'un *second mariage,* sont nés trois



Fig. 2. — R..., en 1904.

enfants, dont notre malade. Les deux premiers, filles, sont mortes tuberculeuses, l'une à 23 ans, l'autre à 19 ans. Elles ne présentaient aucun retard dans le développement de leur puberté. Elles avaient un développement intellectuel régu-

(1) Voir les nos 24, 25, 26 et 28.

lier, n'étaient pas obèses, et elles avaient une taille moyenne. Leur tuberculose aurait débuté sous forme de grippe.

Notre malade. — *Conception*, rien de particulier : ni misère, ni alcoolisme, bonne entente et sympathie réciproque. *Grossesse* normale, ni coups, ni chutes, pas d'idées noires, pas d'émotions. Pas d'intoxication, pas de manœuvres abortives. Pas d'albuminurie, pas d'éclampsie, pas de syncopes. — *Accouchement* à terme, naturel en six heures. Présentation du sommet.

A la naissance, pas d'asphyxie ; premiers cris naturels. Il était « gros comme un enfant ordinaire ». — *Allaitement* au sein maternel jusqu'à l'âge de deux ans et demi. Première dent à 7 ou 8 mois, dentition complète à une époque normale : la mère affirme seulement que la dentition de lait n'a fait place à la dentition définitive qu'à l'âge de 14 à 15 ans. — Début de la parole à l'époque normale. Marche à 16 mois. La mère ne sait à quelle époque les *fontanelles* se sont fermées. L'enfant a été propre de bonne heure.

Antécédents morbides. — Vers l'âge de deux ans et demi, l'enfant aurait eu des *convulsions* durant deux ou trois jours. Tous les membres auraient été le siège de contractions toniques et cloniques, ne prédominant pas d'un côté ; écume La perte de connaissance aurait duré deux heures. Le lendemain, les *convulsions* auraient recommencé, mais elles auraient duré moins longtemps. Après ces convulsions, qui ne se compliquèrent pas de paralysie, l'intelligence de l'enfant ne fut pas modifiée. La *croissance*, à cet âge, semblait régulière. A l'âge de trois ans et demi, on s'aperçut qu'il grandissait moins et, depuis cette époque, sa taille n'a augmenté que très lentement.



FIG. 3. — R..., en 1904.

Caractère très tranquille et très calme. Pas de mauvais instincts ; pas de tics.

Les *fonctions digestives* ont toujours été normales ; à noter seulement la constipation fréquente. Aucune maladie de l'appareil respiratoire, ni de l'appareil circulatoire.

Maladies infectieuses. — Rougeole, on ne sait à quel âge. Vacciné à deux ans, revacciné à l'école. Pas de variole, ni de scarlatine, ni de coqueluche, ni de typhoïde, ni d'accidents syphilitiques. Pas de diphtérie, pas d'oreillons ; pas de faux croup. — *Accidents scrofuleux* : rien à signaler.

Sommeil absolument naturel. Sentiments affectifs très peu marqués. — Jamais de traumatisme violent ; notons cependant une plaie contuse de la région occipitale dont il reste une cicatrice.

Au point de vue intellectuel, R..., est peu avancé. Si sa mémoire est assez bonne, si son attention est facile à fixer, son raisonnement est celui d'un enfant de quatre à cinq ans plus jeune que lui. Il sait lire, écrire, faire quelques calculs. Jusqu'à l'âge de 14 ans, il n'a pas changé d'école. Ses camarades, qui le connaissaient depuis longtemps, ne le taquinaient pas, bien qu'ils le voyaient obèse. A 14 ans, les parents ayant changé de quartier, l'enfant changea d'école. Ses nouveaux camarades l'appelèrent « Gros bouffi, pot à tabac ». Mis en apprentissage pour être dessinateur, il ne put continuer ce métier : il était incapable.

Température à l'entrée.

30 mars 1899	1er jour......		37°3
31 —	2e —	37°2	37°3
1er avril —	3e —	37°	37°3
2 —	4e —	37°2	37°
3 —	5e —	47°2	37°4

Etat actuel (avril 1899). — Ce qui frappe, à première vue, c'est le *nanisme*, *l'obésité* du sujet, qui a l'aspect d'un enfant de 10 ans, alors qu'il a 17 ans et demi. Son état général est bon. Sa physionomie est assez intelligente.

Peau. Cheveux châtains, abondants. Sur le visage, on note quelques petits *nævi pigmentaires* dont les plus gros n'atteignent pas le volume d'une lentille. La peau de tout le corps a un aspect lisse et luisant, sans toutefois posséder le caractère cireux de la peau du myxœdémateux. Cicatrice au niveau de la queue du sourcil gauche consécutive à un traumatisme (2 ans et demi).

Crâne de volume moyen, symétrique, n'offrant pas de saillies anormales. La bosse occipitale est un peu saillante. Au niveau du bregma, on trouve une dépression et il est difficile d'affirmer si la fontanelle antérieure est complètement fermée (?). Les bosses frontales, pariétales et temporales ne présentent rien de particulier. Front : 5 cm.

Face. Le visage est de forme arrondie, symétrique. Les arcades sourcillères font une saillie moyenne et sont moyennement fournies en sourcils. Paupières normales ; pas de blépharite. Cils normaux, abondants, châtains. Fentes palpébrales bien ouvertes. Yeux : motilité intacte ; pas d'exophtalmie, de strabisme, de nystagmus. Iris bleu-grisâtre. Pupilles égales, régulières et bien centriques. Elles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. L'examen fonctionnel de l'œil montre que l'acuité visuelle du sujet, la vision des objets et des couleurs sont naturelles. Champ visuel normal.

Nez camus, sans déviation, aplati à sa racine, nez ressemblant à celui d'un enfant, *pas dévié.* Les lobules sont bien dessinés, non bifides, narines assez grandes. Odorat normal. *Pommettes* saillantes, symétriques, joues volumineuses, très grasses.

Cavité buccale de dimensions moyennes. Voûte palatine normalement excavée. Voile du palais régulier. Luette et amygdales normales ; l'amygdale gauche est cependant un peu plus volumineuse que la droite. Pharynx, pas de tumeurs adénoïdes. Goût normal. Langue, rien de particulier. *Fente buccale* petite, horizontale, symétrique dans ses deux moitiés. Les lèvres sont plutôt volumineuses ; elles sont saillantes et un peu en ectropion.

Dents. La principale caractéristique du malade au point de vue dentaire est l'immense retard apporté dans son évolution dentaire. Il possède encore une incisive latérale droite temporaire sur le point d'ailleurs d'être remplacée. Aux deux mâchoires, les canines temporaires persistent encore, ainsi qu'une première molaire inférieure droite. Les molaires caduques inférieures gauches n'ont pas encore été remplacées. Enfin les deuxièmes molaires permanentes n'ont pas encore évolué. Au point de vue de leur constitution, les dents permanentes sont saines. Quant à leur disposition nous ne retrouvons d'anomalies qu'à la région incisive supérieure. Là, en

*

effet, les deux incisives médianes semblent le produit de follicules gémellés, leur largeur étant environ double du diamètre normal des incisives. Enfin nous voyons, disposition sans grande importance et due à l'irrégularité d'évolution, l'incisive centrale supérieure droite en rétroversion et se plaçant derrière l'incisive inférieure correspondante. Les deux *maxillaires* présentent un grand développement. Leur courbe est à grand rayon.

Menton, assez saillant, doublé d'un épais pannicule graisseux. *Oreilles* de grandeur moyenne, non décollées et implantées régulièrement. L'hélix, plutôt peu ourlé, l'est régulièrement. Léger tubercule de Darwin. L'anthélix, le tragus et l'antitragus sont normaux. Lobule triangulaire, de grandeur moyenne, non soudé. Conque de dimensions normales, ainsi que la fossette scaphoïde et la fossette de l'anthélix. La racine de l'hélix ne divise pas la conque. La racine du conduit auditif externe est normal. L'ouïe est bonne.

Cou : Circonférence de 34 cm. Le corps thyroïde paraît de volume moyen.

Thorax. La palpation, la percussion et l'auscultation ne dénotent rien à signaler. Sa forme est globuleuse. Au niveau des creux antéaxillaires on trouve un épais pannicule graisseux. *Abdomen* proéminent, volumineux, avec dépression de l'ombilic. Au-dessus des hanches, passe un pli cutané qui sépare la cage thoracique des os iliaques. Le tronc et l'abdomen sont donc bien séparés l'un de l'autre. Le foie et la rate ont leurs dimensions normales. Fonctions digestives régulières. Région anale, normale.

Organes génitaux et puberté. Lèvre supérieure, léger duvet. Lèvre inférieure, joues, menton glabres, ainsi que la poitrine, l'abdomen et les membres. Aisselles, léger duvet. Pénil, poils rares, long de 3 à 5 cm. Verge : longueur cinq centimètres sur 8 cm. de circonférence.

Membres supérieurs. Leur attitude, leur mobilité, sont normales. Ils sont très courts et très gros, recouverts d'un *épais pannicule adipeux*, mais néanmoins les saillies musculaires sont légèrement exquissées. Les mains, les doigts, les ongles, n'offrent rien de particulier. Préhension normale.

Membres inférieurs également composés de segments courts et gros. Le pannicule adipeux est épais, mais il ne cache pas complètement les saillies musculaires. L'attitude, les articulations de ces membres, la station et la marche sont normales. Plante du pied et orteils normaux.

Les *mouvements réflexes*, volontaires et provoqués, sont absolument normaux. Aucune malformation congénitale ni pathologique à citer.

Sensibilité générale normale dans ses modes : contact, température, douleur. L'intelligence est celle d'un enfant de 10 à 11 ans ; c'est un *niais*. Parole facile et régulière. R..., sait lire et écrire.

1er *avril*. — *Traitement thyroïdien*. Du 1er au 17 avril, il prend 0,50 centigr. de corps thyroïde par jour. Du 17 avril au 6 mai, 0,50 centigrammes tous les deux jours. Suspension jusqu'au 17 mai. Du 18 mai au 1er juin, 0,50 centigrammes tous les deux jours. Suspension du 1er juin au 16 juin. Le 16 juin on reprend le traitement, 0,50 centigrammes tous les deux jours. Le 30 juin, 0.50 centigrammes tous les jours. Le 11 juillet, 0,75 centigrammes tous les jours. Le traitement continue ainsi jusqu'au 18 octobre.

18 *octobre*. — Comme il s'est produit une certaine hausse thermométrique, on suspend le traitement pendant quelques jours, on le reprend à la dose de 0.50 centigrammes tous les deux jours.

A la suite de ce traitement, la *taille* de l'enfant s'est considérablement accrue ; son poids a diminué; à l'entrée, il pesait 39,60, sa taille était de 1.30. En juin, le poids est de 42,60, la taille est de 1 m. 325. Le 18 octobre, la taille de l'enfant est de 1.36.

1900. — Continuation du traitement thyroïdien.

Suspension du traitement du 25 février jusqu'au 15 mars.

A cette date, reprise du traitement à la dose de 0,50 centigrammes, puis de 0,75 centigrammes par jour. Du 15 au 21 octobre, on porte la dose à 1 gr. 25. Suspension du traitement depuis la fin du mois d'octobre jusqu'au mois de janvier 1901.

En janvier 1900,	la taille est de	1 m. 37,
—	le poids est de	43 k.
Le 25 février 1900.	Taille........	1 m. 385.
En juin 1900......	Taille	1 m. 42.
—	Poids........	54 k.
En octobre 1900..	Taille.......	1 m. 425.

Pendant cette année 1900, la puberté de l'enfant a fait peu de progrès si ce n'est l'augmentation de volume des testicules. A part un léger duvet à la lèvre supérieure, aux aisselles, à part quelques poils blonds de 3 à 4 centimètres, encadrant la racine de la verge, le corps est glabre. La verge a une longueur de 7 cm. et une circonférence de 8 cm. Les testicules ont le volume d'un petit œuf de poule.

1901. — Rap., âgé de 21 ans, passe dans l'une des divisions de l'hospice comme *infirme incurable* par *obésité* et *nanisme*, l'empêchant de se placer au dehors.

1902. *Décembre*. — Son poids est de 60 kilogr. 700, sa taille de 1 m. 46. Il a par conséquent 21 centim. en moins et un kilogr. 200 en plus. Par suite de l'exiguïté de la taille, l'*obésité* est encore très accusée.

Les formes du sujet sont celles d'un adulte. Le thorax est large, les saillies musculaires des pectoraux sont bien indiquées. Les membres sont bien musclés.

Le tronc n'est pas cylindrique, mais l'abdomen est proéminent, recouvert d'un pannicule adipeux épais.

La peau du thorax et des membres est également doublée d'une épaisse couche graisseuse. Le facies du sujet est joufflu, ce qui rajeunit celui-ci.

Léger duvet à la lèvre supérieure, sur les joues ; quelques poils follets sous le menton et au niveau de l'angle de la mâchoire. Aux aisselles, quelques poils rares et courts. Autour du mamelon, quelques poils. Duvet au niveau de l'omoplate et dans la région sous-ombilicale.

Au pénil, poils blonds, peu abondants couvrant, une surface triangulaire de 8 cm. de base sur 3 cm. de hauteur. Les bourses, le périnée, sont recouverts de poils blonds, peu fournis. Les testicules ont le volume d'un œuf de poule. La verge a une longueur de 7 cm. et une circonférence de 8 centimètres.

	1899		1900			
	Janvier	Juin	Janvier	Février	Juin	Octobre
Poids..	49.60	42.6	43	»	54	»
Taille..	1.30	1.325	1.37	1.385	1.42	1.425

	1901		1903	
	Janvier		Janvier	Octobre
Poids	52	»	60.700	68
Taille	1.435	»	1.46	1.47

MESURES DE LA TÊTE

	1899		1900		1901		1903	
	Avril	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Oct.
Circonfér. horizontale maxima	55	54	54	54	54	50	»	57
Demi-circonfér. bi-auriculaire	35	36	36	36	36	»	»	36
Distance antéro-post. maxima.	36	36	36	36	36	»	»	39
Diamètre ant.-post. maxima..	20.5	21	21	21	21	»	»	20
— bi-auriculaire......	14	14.5	14.5	14.5	14.5	»	»	13.7
— bi-pariétal.........	15	16	16	16	16	»	»	16.1
— bi-temporal........	13	13 5	13.5	13.5	13.5	»	»	13
Hauteur médiane du front....	5	5	5	5	5	»	»	6.5

MEMBRES SUPÉRIEURS

	Avril 1899	
	D.	G.
Circonférence au niveau de l'aisselle..........	28	28
— à 0 m. 10 au dessus de l'olécrâne	25	25
— à 0 m. 10 au-dessous —	26	26
— au niveau du poignet..........	18	18
— — du métacarpe.........	21	21
Distance de l'acromion à l'olécrâne...........	24	24
— de l'olécrâne à l'apoph. styl. du cubit.	22	22
— du cubitus à l'extrémité du médius.	14	14
Circonférence au niveau de l'ombilic.........	84	81
— — des seins..........	84	84

MEMBRES INFÉRIEURS

	Avril 1899 D.	G.
Circonférence au niveau de l'aine	50	50
— à 0 m. 10 au-dessus de la rotule	36	36
— à 0 m. 10 au-dessous —	32	32
— au niveau du cou-de-pied	22	22
— à la partie moyenne du pied	24	24
Distance de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'interligne art. du genou	39	39
Distance de l'interligne à la malléole externe	30	30
— de la malléole externe à l'ext. du médius	17	17

1903. *Octobre.* — Poids : 68 kilogr. — Taille : 1 m. 47.

Puberté et organes génitaux. Poils fins sur la lèvre supérieure, formant une bande de près d'un centimètre et demi à la partie médiane et d'un cent. aux extrémités. Un tout petit bouquet de poils courts à la partie moyenne de la lèvre inférieure. Poils rares au voisinage des oreilles, un peu plus rares à droite. Il existe un collier irrégulier au-dessus du bord inférieur du maxillaire : 1° un groupe de poils rares au-dessous du lobule de l'oreille gauche ; 2° interruption de 2 cent. ; 3° plaque de poils assez disséminés, de 3 cent., sur 2 1/2 correspondant à la face inférieure du menton ; 4° nouvelle interruption puis plaque de poils de 4 cent. sur 4 cent. au-dessous du lobule de l'oreille droite.

Aisselles : poils assez longs, peu nombreux, 4 cent. sur 3 cent., un peu plus fournis à droite. Cette plaque de poils est séparée en deux par une partie de peau à peu près glabre.

Développement exagéré du tissu adipeux des régions pectorales sur une largeur de 16 cent., et une longueur de 13 cent. des deux côtés, avec dilatations veineuses plus prononcées à droite. Poils fins en dedans. au-dessus et au-dessous du mamelon droit ; poils fins tout autour du mamelon gauche. Poils fins s'étendant d'un mamelon à l'autre. Fin duvet sur toute la face postérieure du thorax. Les bras sont glabres.

Bande de poils fins de l'épigastre au nombril, rien sur les côtés du ventre ni sur la région lombaire.

Poils blond châtain, longs et assez abondants recouvrant tout le pénil (12 cent. sur 4 cent.), rien dans les aines ; traînée de quelques poils vers l'ombilic : mi-distance de celui-ci et du pénil. Bourses pendantes, glabres, de niveau ; verge : circonférence, 10 cent. Longueur, 7. Gland découvert, un peu pointu ; méat normal, testicules *très volumineux*, de la dimension d'un œuf moyen de poule.

Les fesses, les cuisses ainsi que les jambes sont glabres. Quelques poils assez longs au pourtour de l'anus.

Le malade travaille aux pièces chez un brossier du Kremlin et gagne en moyenne 2 francs par jour (1).

Ce malade, atteint *d'imbécillité* à un degré relativement peu prononcé, qu'on pourrait ranger dans le groupe des *niais* (Sauvages), s'est notablement amélioré au point de vue intellectuel et a pu apprendre assez bien le métier de brossier pour gagner au dehors 2 fr. par jour, tout en étant hospitalisé.

Son *obésité* s'est atténuée sous l'influence du *traitement thyroïdien*, et a reparu, mais proportionnellement moindre, depuis deux ans où il n'a plus pris de glande. Sa *taille* a été plus sérieusement modifiée. En effet, elle était en 1899, à 19 ans, de 1m. 30, c'est-à-dire 35 cent. 5 au-dessous de la moyenne de son âge et elle s'est élevée à 1m. 47 en 1903, c'est-à-dire seulement 21 cent. en moins. Les figures 1, 2, 3, donnent une idée de son degré d'obésité. La fig. 3 montre qu'il est resté infantile par sa physionomie et par le peu de développement de la barbe.

Obs. XLVI. — Idiotie prononcée ; nanisme et obésité.

More... (Marguerite), née le 8 mars 1887, entrée le 8 mars 1896.

1901. Poids : 28 kg. ; Taille : 1 m. 18, soit 29 cent. en moins. 1er traitement du 3 janvier au 31 mars : 0 gr. 50 à 1 gr. 25. Poids : 27 kg. 500 ; Taille : 1 m. 19.

1903. Poids : 40 kg. ; Taille : 1 m. 26. 2me traitement du 1er juillet au 30 septembre : 0 gr. 25 à 1 gr. Poids : 37 kg. 500 ; Taille : 1 m. 28, soit 24 cent. en moins.

1904. *Juin.* Poids : 40 kg. ; Taille : 1 m. 30.

Puberté : Physionomie enfantine. Aisselle droite glabre ; une douzaine de poils sous l'aiselle gauche. Les seins mesurent 14 cent. 7 de largeur et 12 cent. de hauteur ; aréole rosée légèrement, 2 cm. 1/2 ; mamelon : 5 mm., à peine saillant. Poils roux sur la partie inférieure du pénil, 6 cm sur 4 cm., formant une boucle à la partie supérieure des grandes lèvres, assez grosses et larges, présentant quelques poils jusqu'à leur extrémité inférieure. Clitoris moyen, gland petit. Petites lèvres à peine dessinées, comme flétries. L'orifice de l'hymen est assez fortement frangé ; leucorrhée légère. *Onanisme* très fréquent. Non réglée.

Obésité : elle pèse 39 kil. 800 au lieu de 40 kil.

Sous l'influence de la glande thyroïde, sa *taille* s'est accrue et, après le second traitement, au lieu d'être inférieure à la taille moyenne de 29 cent., elle ne l'était plus que de 24 cent. L'*obésité* a également diminué, de 500 gr. pendant le premier traitement, de 2 kil. 500 pendant le second. Durant la suspension (sept. 1903 à juin 1904), son poids est revenu à ce qu'il était le 1er juillet 1903, ce qui indique que l'obésité est restée stationnaire. La taille a gagné encore deux centimètres.

Obs. XLVII. — Idiotie congénitale aggravée par des convulsions ; nanisme et obésité.

Mor... (Angèle), née le 14 avril 1876, est entrée dans le service le 20 octobre 1890, transférée à Villejuif le 13 décembre 1898.

1897. 20 *octobre.* Poids : 44 kg. 500 ; Taille : 1 m. 39. Traitement thyroïdien du 20 octobre 1897 au 10 mars 1898, 1 gramme tous les deux jours jusqu'au 28 décembre, puis 1 gramme tous les jours. A la fin, 42 kg. 300 ; Taille : 1 m. 395 soit en moins 175 mm.

La *taille* a été peu modifiée (la malade a 21 ans), mais l'*obésité* a notablement diminué (2 kil. 200).

(A suivre.)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

« La faiblesse d'esprit normale chez la femme »

(*Suite et fin*) (1).

Oui, Mœbius est épris d'équité quand il accuse la loi de ne connaître que l'homme, et de ne point faire état des périodes (grossesse, menstrues) d'irresponsabilité relative que traverse la femme. Il va jusqu'à un accent de belle humanité quand il écrit sur les filles-mères : « On devrait avoir pour elles plus de compassion. J'aurais pour le moins du respect à l'égard d'une fille qui me dirait. Voici mon enfant, je prends soin de lui, ne me demandez pas qui me l'a donné, cela ne vous regarde en rien. — Halte-là, malheureuse, tu touches aux fondements de la loi chrétienne. — Assez avec le mensonge de cette loi, aussi peu chrétienne que possible. Si la vie ne ruisselait d'égoïsme et d'hypocrisie, l'assistance des filles-mères serait plus aisée. »

Mais que conclure, en définitive, de l'ensemble du livre ? D'abord que son apparition, cinq fois répétée, a

(1) Tous les malades ou infirmes hospitalisés, en état de travailler dans une certaine mesure, doivent donner ce travail, contre une rémunération déterminée, à la Maison qui les entretient gratuitement et non faire concurrence aux ouvriers du dehors.

(1) Voir *Progrès Médical*, 10 juin, 2 juillet 1904.

provoqué dans le camp féministe allemand un légitime vacarme. Et peut-être Mœbius n'a-t-il aspiré qu'à ce bruit, ainsi qu'à la kyrielle de ripostes en prose et en strophes dont il a été copieusement couvert. L'œuvre elle-même est antiscientifique, oiseuse et anachronique. Nous ne sommes plus au concile de Nicée ou de Mâcon et seule l'histoire naturelle comparée, peut étudier avec méthode et profit, la différenciation physiologique des sexes. Mais à notre époque de haute sociologie, la nature humaine doit être vue comme un ensemble dont il n'est pas permis de détacher certaines vertus à la gloire du seul contractant-homme. La subordination des qualités les unes aux autres n'est pas démontrée. En quelque temps et quelque chose, on est toujours l'inférieur de quelqu'un, et l'instinct ou le sentiment, dans l'hypothèse où il serait le moteur exclusif et caractéristique de la femme, peut porter celle-ci en telle circonstance à un haut degré de supériorité sur l'homme.

Qu'importe alors la « faiblesse d'esprit » ? Et si l'on met en compte le rôle de l'éducation, des préjugés, et des coutumes, ainsi que les devoirs domestiques et les modifications physiologiques que comporte la maternité ; si on défalque toute cette série d'entraves qui, par insuffisance d'entraînement, défendent à la femme, en général, de fournir les produits intellectuels de l'homme ; si même l'impatience féminine exclut le génie, cette « longue patience » ; si, en d'autres termes, on met en balance toutes ces causes d'erreurs d'appréciation, que reste-t-il, comme démonstration scientifique, de « la faiblesse d'esprit normale chez la femme »?

J'ai promis de ne pas disputer mais d'essayer de saisir dans l'œuvre de Mœbius, Mœbius lui-même. A penser net, l'auteur personnifie, psychologiquement, l'allemand contemporain. En reprochant à la femme d'être soumise à son instinct comme l'animal, Mœbius semble mû lui-même par cette intuition de supériorité du mâle sur la femelle. La femme, d'après lui, n'a que faire de liberté, son bonheur est dans la dépendance. L'égalité n'existe pas, et toute la vie elle-même n'est et ne doit être, de par la nature, qu'une lutte perpétuelle de forts contre faibles. Telle est la conception purement animale de l'humanité, conception dont abuse Mœbius, et qu'on découvre facilement et uniformément dans la vie individuelle, nationale et internationale de l'Allemagne. Le droit abstrait, désintéressé est un concept inconnu, incompris ou méprisé. C'est toujours le droit unilatéral et instinctif du plus fort: de l'homme sur la femme, du maître d'école sur l'enfant, du militaire sur le civil, du noble (« sang bleu ») sur le roturier, du hobereau de Poméranie sur son domestique ou sur le juif désarmé, de l'Etat sur l'individu, de la Prusse sur l'Allemagne, de l'Allemagne sur le monde. La soumission à l'instinct, à l'auto-suggestion d'une supériorité quelque peu animale, apparaît dans un chauvinisme puéril jusqu'à l'excès ou excessif jusqu'à la puérilité, dans une pédagogie purement nationale, de plus en plus ennemie des classiques et de l'idéalisme et orientée vers des intuitions purement matérielles par Guillaume II lui-même (1).

(1) Lire « l'enseignement secondaire en Allemagne, par Da Costa. (*Revue Bleue*, juin et juillet, 1903.)

Que nous sommes loin des Lessing, des Gœthe, des Schiller, des Humboldt, que l'Allemagne ne comprend plus, et depuis lesquels il n'a pas soufflé, dans ces vastes plaines à manœuvres, une seule idée généreuse ou à caractère universel ! La politique de l'Allemagne n'est que d'instinct, ce n'est pas même cette politique d'intérêts réciproques dont la conception supérieure est l'idéal de certains autres peuples : la solidarité humaine (1). L'Allemand ne veut pas encore distinguer l'homme civilisé de la bête ; tout le prouve, depuis l'honneur personnel gradué aux séries parallèles ou croisées de balafres sur la figure, jusqu'à la codification des animalités « japonaises » de l'Allemagne en France, en 1870-71 (2).

Conclusions : je crois bien, d'après des raisons et observations du même ordre que celles du docteur Mœbius et sauf erreur, qu'il existe une certaine « faiblesse » d'esprit peut-être « physiologique » chez l'allemand mâle contemporain. Paul CORNET.

L'Exercice de la médecine par les Étrangers en Suisse et en Angleterre.

Nous avons reçu la lettre suivante de M. le Dr Ladame, de Genève. Nous sommes heureux de l'avoir convaincu que nous ne poursuivions pas une œuvre de protectionnisme mesquin et étroit, mais bien que nous défendions une cause de déontologie internationale, selon sa si juste expression. Le mal, du reste, existe dans tous les pays et ce sont toujours les médecins honorables et consciencieux qui en pâtissent.

Genève, 28 juin 1904.

Monsieur le Dr Noir, secrétaire de la Rédaction du *Progrès médical*, 14, rue des Carmes, Paris.

Monsieur et cher confrère,

Les révélations successives de vos chroniques dans le *Progrès médical* montrent que la question de l'exercice illégal des confrères étrangers est autrement vaste qu'on ne l'avait supposé au premier abord. Vos explications ont entièrement dissipé l'équivoque qu'aurait pu faire naître la phrase de votre article qui a motivé ma protestation. La question soulevée par cette polémique a une très grande importance, non seulement en France, mais dans tous les pays civilisés, et nous aurions bien mauvaise grâce, en Suisse, de ne pas appuyer les revendications de nos confrères français contre les abus qui peuvent se produire, car il y a plus de 20 ans que la même question s'est posée chez nous, à propos des stations climatériques de nos Alpes. Le gouvernement du canton des Grisons avait libéralement accordé la patente à des médecins anglais et allemands qui pratiquaient la médecine dans l'Engadine, sans demander à ces médecins étrangers les même garanties que l'on exige des médecins suisses : des protestations de ces derniers se sont fait entendre, et je crois que dès lors tout a été régularisé.

Les facilités de communication se sont développées à tel point dans toute l'Europe que la même question se pose aujourd'hui partout. Il s'agit en effet d'un nouveau chapitre de déontologie médicale qui n'a pas encore été étudié jusqu'ici, la *déontologie internationale*. Espérons que le prochain Congrès que vous annoncez en fixera les règles pour

(1) Toutefois Guillaume II a parlé de solidarité humaine dans une circonstance récente.
(2) *Le droit des gens en temps de guerre, publication officielle du grand Etat-major allemand*, 1903.

le plus grand bien de tous les pays. Nous comptons sur nos confrères français pour nous doter de ce nouveau progrès.

Veuillez agréer, Monsieur et cher confrère, l'assurance de mes sentiments très distingués, Dr Ladame.

Nous recevons en outre de Londres la lettre suivante :

Londres, 28 juin 1904.

Mon cher confrère,

A propos d'une correspondance adressée à votre journal et publiée dans le no 26 de cette année, je vous envoie ces mots pour pleinement confirmer la justesse de son contenu. Les mêmes médecins suisses (de Lausanne : Dr X... ; d'Allemagne: Prof. Dr Z., qui donnent non seulement des consultations à Nice, mais qui voient directement des malades !) nous viennent aussi ici et recrutent *directement* des malades. Qu'ils soient bien venus, les médecins étrangers, quand ils viennent voir et visiter nos hôpitaux, etc.; mais presque tous, surtout les médecins suisses, en profitent pour visiter les familles et recruter des malades ! J'ai rencontré, l'année passée, le Dr X., de Lausanne, appelé par *télégramme* à Arcachon. J'ai vu à l'hôtel Cosmopolitain de Nice le Prof. Z., de Berlin, aller visiter trois personnes malades et *se faire payer !*

Ici, à Londres, ils ont essayé de le faire, mais ont compris que nous ne sommes pas des dupes. Il faudrait *conseiller* par un avis éthique aux confrères étrangers que quand ils exercent la médecine et pendant leurs vacances vont visiter des centres étrangers, de s'abstenir de donner des conseils à des malades, et à Paris encore spécialement, ne pas permettre à des confrères étrangers d'assister les malades de marque.

Ma femme et moi, nous avons vu dernièrement des médecins de Paris, agrégés de votre faculté, introduisant dans plusieurs familles de soi-disant médecins de Buenos-Aires (Argentine) et collaborer avec eux. Ces médecins après, en vrais rastas, répandaient le bruit qu'eux avaient « dirigé » le traitement ou l'opération, mais qu'ils devaient de par la loi s'accoler un médecin français « qui ne savait pas grand'-chose ». A Londres, aucun médecin ne peut ni doit se permettre l'adjonction de quelque rasta ou autre.

Agréez, Monsieur et cher confrère, l'assurance de mes salutations distinguées et salut.

Dr Clarke-Prévost.

Si jamais il s'organise un second Congrès international de déontologie médicale et de médecine professionnelle, analogue à celui que nous avons organisé en 1900, il y aura là une grosse et intéressante question à examiner et à traiter. Elle serait prochainement résolue si les organisateurs du Congrès international de médecine n'avaient pas refusé, en 1900, la création d'une section de déontologie dans le grand Congrès. Mais une section de déontologie parut alors gênante ; elle aurait peut être éloigné du Congrès un trop grand nombre d'adhérents dont les communications, pures réclames personnelles, n'avaient aucun souci déontologique, sans avoir pour cela la moindre prétention scientifique. J. Noir.

L'hopital d'Aubervilliers : *Destruction par le feu.— Reconstruction prochaine.* — L'hôpital temporaire d'Aubervilliers, qui était, comme on sait, réservé aux maladies contagieuses, a été détruit, ce matin, par une compagnie de pompiers qui y ont mis le feu, en présence de MM. Lépine, Mesureur et Laurent.

REVUE DE CHIRURGIE

Rédacteur spécial : M. le Dr L. LONGUET.

I. — **Chirurgie du thorax et du membre supérieur**; par A.-Schwartz, édit. chez Masson, 120, Boulevard Saint-Germain, Paris.

On sait quel intérêt présente depuis quelques années surtout, la chirurgie du thorax et de son contenu. Par bien des côtés, ce champ est encore nouveau, pas ou peu défraîchi. Le stade « d'expérimentation » est à peine défriché, en ce qui concerne la résection de l'œsophage et l'ouverture opératoire des bronches.

Lorsque j'entretenais, voici maintenant six ans (28 juillet 1898), les lecteurs du *Progrès médical* de la chirurgie du sternum et du médiastin antérieur, j'exposais quelques-uns de ces débouchés ; les espérances de la première heure semblent se réaliser. Aussi le petit opuscule que A. Schwartz vient de publier arrive bien à son heure.

Ce fascicule, orné de 197 figures pour 160 pages de texte, constitue avec six autres semblables une « collection » dite : *Précis de technique opératoire.* Il s'agit de manuels « destinés aux élèves qui veulent par l'étude des opérations sur le cadavre, se rompre aux difficultés dont ils devront triompher lorsqu'ils auront à les appliquer sur le malade et le blessé ». Pour simplifier la bibliographie, l'historique les indications et contre-indications, les variantes opératoires et leur comparaison, les résultats immédiats et éloignés sont systématiquement laissés de côté. Le style est concis; les figures sont aussi nombreuses que démonstratives. Bref, il nous suffit de feuilleter le volume, pour assister aux différents temps des interventions que représentent des images très claires.

Parmi les opérations exposées par A. Schwartz, mentionnons l'ablation partielle et totale du sein ; la résection costale, la thoracectomie extra et intra-pleurale, la pneumotomie, la ponction du péricarde, la péricardotomie, la suture du cœur, la bronchotomie, l'œsophagectomie, la résection des apophyses épineuses, et des lames vertébrales. Au membre supérieur, nous assistons aux découvertes des nerfs, aux arthrotomies, aux résections articulaires, aux sutures osseuses, et à des interventions plus simples, mais de pratique plus commune, comme « l'ouverture des gaines synoviales » dans le panaris des gaines.

Je puis dire que l'auteur a pleinement atteint le but qu'il se proposait. Par son caractère élémentaire, par sa très facile lecture, par la clarté de ses images : ce petit livre se signale à l'attention. Me faut-il ajouter que, par ses expériences cadavériques sur la bronchotomie, A. Schwartz n'a pas seulement réussi à instruire les élèves, ses tentatives intéressent aussi les chirurgiens, et doivent être connues des opérateurs qui, dès le principe se spécialisent en « chirurgie biologique » et en opérations sur le vivant.

II. — **Aide-mémoire de médecine opératoire**, 2e édition ; par Paul Lefert, édité chez Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris.

A l'inverse du précédent, le présent précis de technique chirurgicale est, à mon sens, un peu trop sobre de figures pour les sujets qu'il affronte. Ligatures, amputations, résections, opérations sur les nerfs, les tendons, l'œil, le crâne, la tête, le cou, le thorax, l'abdomen, tout est par contre brièvement et méthodiquement décrit en 308 pages. Aucune omission, pas même — et c'est justice — le nom de chirurgiens ayant, par leurs études, attaché leur nom à certaines opérations ou à quelque procédé. Ce petit livre est réellement utile. Il est par excellence le « livre de poche » ; celui qu'apprend et consulte en courant l'étudiant à la veille des examens. Aussi bien, le succès remporté par la première édition me dispense de tout article élogieux. L'expérience a démontré que, par sa concision, sa clarté, l' « Aide-mémoire de médecine opératoire » de Paul Lefert répond à un besoin.

III.—**Fracture du cartilage semi-lunaire interne, compliquant une entorse du genou** ; par E. Ozenne. (Extrait des Bulletins et mémoires de la Société de médecine et de chirurgie pratiques de Paris, séance du 18 juin 1903.) Maçon, imprimerie générale. X. Perroux, 1903.

Il s'agit d'une affection encore peu connue disparaissant

cliniquement dans le tableau de l'entorse du genou. Ici cependant le diagnostic fut fait quelques jours après l'accident. On percevait une petite saillie transversale, un peu mobile, très douloureuse à la pression ; située en dedans et au niveau de l'interligne articulaire.immédiatement au-dessus du bord antéro-interne du condyle interne du tibia, entraînant une impotence fonctionnelle notable. La guérison eut lieu sans intervention, grâce à une gouttière en gutta-percha, immobilisant l'article en légère flexion. D'après l'auteur,l'arthrotomie n'est indiquée que si le genou reste impotent après plusieurs semaines de traitement. Il faudrait attendre six semaines d'après le conseil de Robin ; ou même plus, puisque la guérison peut survenir seule après 6 mois de massage, comme dans le fait d'Ozenne.

Ce cas, bien que dépourvu du contrôle opératoire, n'en est pas moins fort intéressant. Les observations similaires sont jusqu'ici en si petit nombre qu'il serait prématuré d'édicter des indications de l'intervention sanglante. Il me semble que tout dépend du pronostic fonctionnel.Que s'il est aussi constamment favorable que dans l'observation de Ozenne, l'abstention est sage. Mais il est douteux qu'il en soit toujours ainsi, et pour peu que le ménisque fracturé forme « cal irréductible » ; pour peu qu'il nuise à la motilité, je n'hésiterai pas à le traiter sous le couvert de l'asepsie ; par la *réduction sanglante* avec suture, ou par l'*ablation* comme un vulgaire corps étranger extraarticulaire. Je profiterai de l'arthrotomie pour laver la synoviale, afin d'évacuer les flocons fibrineux qui l'encombrent, causes d'adhérences et de synéchies. D'ailleurs, l'intervention a été plusieurs fois déjà mise en pratique.

IV. — **Hygiène et thérapeutique des hernies** ; par Lucas-Championnière. (Editée chez Rueff, 106, bd. Saint-Germain, Paris.)

La compétence toute particulière de l'auteur en matière de herniologie donne à ce petit livre de 320 pages un intérêt très réel. Il ne s'agit pas d'un traité didactique, ni d'une description de technique chirurgicale ; mais d'un exposé de pratique courante, parsemé de très nombreuses réflexions personnelles en opposition avec les idées couramment admises. C'est un recueil de leçons faites sous forme d'aphorismes.On trouve d'abord quelques considérations générales anatomiques et physiologiques sur les hernies. Remarquons en passant que, pour Lucas-Championnière, les hernies inguinales siègent toujours dans le canal inguinal ; que l'existence de hernies dites *inguinales directes* avec artère épigastrique en dehors du sac restent à démontrer.La cause réelle est le plus souvent une lésion congénitale ; l'effort aide seulement à la manifestation de la difformité. La lésion est parfaitement compatible avec une réelle puissance musculaire, et il y a intérêt à ne pas augmenter lorsqu'elle est un peu diminuer, la déchirure musculaire par l'inaction. L'opération reste le traitement de choix,sous la réserve qu'elle soit exécutée très corectement : c'est ainsi que toute méthode qui néglige le canal inguinal et le respecte doit être rejetée comme imparfaite. La technique préconisée est la *superposition des plans*, et non les simples lignes de réunion cicatricielle. « Elle est épaisse,dit l'auteur ; on pourrait dire grossière ». Son succès tient à la masse et non à la réussite d'un petit détail de suture. Il importe beaucoup de risquer l'infundibulum aussi haut que possible ; et aussi l'épiploon s'il y a épiplocèle.

Quand il y a contre-indication à l'opération de la cure radicale ; quand un sujet refuse de se soumettre à l'opération, l'application du bandage représente le fondement du raitement palliatif. Vient ensuite une étude très détaillée de tous les bandages, sous forme d'une petite iconographie.

L'*hygiène* du hernieux est longuement exposée : les sports, équitation, boxe, gymnastique et la bicyclette en première ligne, sont utiles pour la nutrition des tissus fibreux. et des muscles de la région herniaire. Il faut aussi s'occuper des soins de la peau du hernieux, de son alimentation, régime sec, lavements, purgatifs, etc. Tel est l'esprit général de ce petit livre, complémentaire d'une série d'autres publiés depuis 20 ans par L. Championnière sur les hernies.

V. — **Blessures du crâne et de l'encéphale par coup de feu** ; par H. Nimier. Edité par Félix Alcan, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.

Lorsqu'on étudie les blessures du crâne dans un livre de chirurgie.la question n'est d'habitude présentée que sous un jour très restreint. Si les neuropathologistes s'occupent des lésions traumatiques de l'axe nerveux, ils se placent de leur côté à un point de vue très spécial, et très localisé. Ce qui constitue la note dominante du livre de M. Nimier, c'est que précisément les blessures du crâne et de l'encéphale sont exposées sous toutes leurs faces, chirurgicales, neurologiques, anatomiques, physiologiques. De nombreuses observations empruntées à la littérature française et étrangère, servent de substratum à ce travail. Mentionnons parmi les principaux chapitres ceux qui sont consacrés à l'étude des coups de feu de la région préfrontale, de la région polaridique, de la région occipitale ou visuelle, de la région temporale, cérébelleuse, etc. La si importante question du traitement est longuement exposée. L'auteur a donc fait œuvre utile en compulsant sous forme d'un volume de 624 pages avec 158 figures dans le texte, les leçons faites par lui au Val-de-Grâce.

VARIA

De la coéducation des sexes.

La France a toujours eu la réputation d'être sa plus grande ennemie, de critiquer le plus durement ses propres œuvres ; mais les Américains, jaloux devoir en nous les *recordmen* de ce genre, ont entrepris eux aussi de s'entre-déchirer afin de nous rattrapper dans cette belle spécialité. Cependant ne croyons pas qu'ils pratiquent cet exercice avec le même aveuglement que nous. Ils se critiquent, mais sur des points critiquables. Ainsi le Dr Howard a entrepris de combattre le fameux système de *coéducation des sexes*, mais il s'attaque seulement aux « *High schools* », aux classes supérieures coéducationnelles. Voici ce qu'il dit :

L'expérience nous montre que le mélange des sexes dans les *collèges* est une chose peu pratique sinon dangereuse .. On connait l'influenee de la menstruation sur la femme. On sait quels sont les troubles, les émotions nerveuses, les tendances affectives, les excitations qui se présentent pendant l'époque menstruelle. On sait aussi combien il serait dangereux de contrarier ces émotions naturelles, quels désordres physiologiques et psychologiques seraient la conséquence de cette contrariété... L'homme et la femme ordinaire ont des conceptions très différentes de la vie. Laissez donc à l'homme les professions masculines et à la femme les travaux féminins. C'est ainsi que les femmes de vingt ans sortant d'une institution coéducationnelle ne possède pas une profession propre à leur sexe. En général, elles ignorent l'hygiène et la physiologie féminines,et si elles ont des idées économiques ou sociales elles sont presque toujours fausses .... »

Le Dr Van de Warker complète cet exposé en disant :

« L'instruction donnée aux deux sexes ne peut être la même, car demander les mêmes travaux à des hommes et à des femmes sans considérer leurs différences physiologiques, c'est risquer de graves inconvénients. »

Nous avons dit que les Américains se critiquaient sur des points vraiment critiquables. Il est évident que, passé un certain âge, il n'est plus possible de réunir des filles et des garçons dans un même établissement,comme cela se fait dans les *High schools* et à cause des troubles de la puberté. Les exercices physiques pourront bien calmer quelque temps l'excitation, mais ce calme sera passager, et d'un autre côté, certains sujets échapperont entièrement à l'influence de ces exercices. Aussi le Dr Howard attaque-t-il à juste titre la coéducation sexuelle des *High schools* où les élèves ont quinze à vingt ans.

Mais, *jusqu'à l'adolescence la coéducation est peut-être le meilleur système connu, le plus capable de montrer aux garçons et aux filles qu'ils sont faits pour être bons camarades et qu'ils doivent s'aider et se soutenir dans l'existence.*

Dans l'antiquité, garçons et filles vivaient en commun,

étaient éduqués ensemble. Ce fut le catholicisme qui fit la séparation des sexes, et du même coup traiter les écoles mixtes comme un épouvantail. Et aujourd'hui, quoique la prétendue *immoralité* de ces écoles ne puisse jamais atteindre le même degré de corruption que la *moralité* des écoles uni-sexuelles, les premières sont considérées avec crainte, avec horreur. On se rappelle quels cris d'orfraie fit pousser, il y a quelques années, aux amis de la routine, la coéducation des sexes pratiquée à Cempuis.

C'est pourtant un des meilleurs établissements d'éducation qui existent actuellement. Moralité, éducation saine et vigoureuse, instruction primaire solide, voilà ce que possèdent les anciens élèves de l'orphelinat Prévost. Cet établissement mixte a, en effet, pour but l'éducation intégrale de ses élèves de cinq à seize ans. On cultive à Cempuis le corps, l'esprit et la main ; c'est une famille, une école primaire, une école professionnelle. L'orphelin sort à seize ans, muni d'une bonne instruction primaire, et d'un métier qui le fera vivre.

Et malgré cet âge de seize ans, assez avancé pour la puberté, on est étonné de voir des enfants des deux sexes vivant en commun, paraissant dénués de toute idée malsaine et pernicieuse.

Après la question d'éducation, se pose celle de l'instruction : l'instruction féminine doit-elle être aussi forte que la masculine ?

Le Dr Van de Worher parle des différences qu'il y a entre les deux sexes ; quelles sont donc les qualités féminines ?

L'activité de la femme est d'une plus faible intensité, mais elle est plus continue que celle de l'homme. Ses périodes d'action et ses périodes de dépression sont moins accusées: pas de coups de force, pas d'arrêts complets.

En tenant compte des qualités de la femme, il est facile de voir qu'elle peut poursuivre des études demandant de la patience, de la minutie, de l'application ; la chimie, la pharmacie seraient à ce point de vue très enviables pour elle. Quant à la médecine, c'est une question très complexe et encore en discussion. Enfin les professions d'érudition peuvent fort bien leur convenir. Il ne faut donc pas rejeter en masse toutes les hautes études des femmes, il faut seulement choisir dans l'instruction de la femme.

Ne croyons pas que les femmes instruites prennent des allures.... masculines ; au contraire les plus instruites sont les plus raffinées. Et comme nous ignorons actuellement ce que les femmes vraiment instruites seraient capables de faire, nous pouvons seulement supposer que si on ajoute un million de femmes instruites à un million d'hommes instruits, le pays qui fera l'expérience verra plus que doubler sa puissance de civilisation, de production et de prospérité.

En résumé, la coéducation des sexes offre de grands avantages, mais peut devenir dangereuse avec la puberté. La question de races, de mœurs a une grande importance. Ce qui est possible avec les races anglo-saxonnes, peut ne pas l'être du moins aujourd'hui, avec les races latines. Marcel B.

La vérification des thermomètres médicaux.

Depuis le commencement de l'année 1903, le laboratoire d'essais du Conservatoire national des arts et métiers contrôle les thermomètres médicaux qui lui sont présentés, soit par les constructeurs, soit par les particuliers. Actuellement, le service est complètement organisé et fonctionne normalement ; l'objet du contrôle est double : 1° s'assurer que le thermomètre est exact ; la tolérance admise sur ses indications est de 0, 1 degré ; 2° s'assurer que l'appareil tient le maximum. c'est-à-dire qu'il enregistre fidèlement la température maximum à laquelle il a été soumis, sans que la colonne mercurielle se déplace lorsque l'instrument se refroidit ; la tolérance admise sur cette épreuve est également 0, 1. Les résultats obtenus sur les premiers thermomètres envoyés au Laboratoire par les Commissionnaires qui s'occupent de la vente de ces instruments donnent une indication sur la valeur des instruments mis couramment à la disposition du public ; à la date du 12 mai 1903, sur 440 instruments présentés, 139, soit 31 p. 100 seulement, ont été reconnus exacts ; 301, soit 69 p. 100, étaient inexacts et pouvaient, dans certains cas, amener les médecins à un diagnostic erroné.

Le Ministère du commerce et le Conservatoire national des arts et métiers, en instituant le bureau de vérification des thermomètres médicaux, ont voulu, à l'exemple de l'Allemagne, mettre entre les mains des docteurs des instruments sur la fidélité desquels ils puissent compter. Nous devons donc signaler l'intérêt qui s'attache pour les Médecins à conseiller à leur clientèle de n'employer, et à n'employer eux-mêmes, que des instruments poinçonnés, revêtus de la marque de vérification. Ils auront ainsi des instruments comparables entre eux, condition des plus importantes. Chaque instrument est accompagné d'un bulletin de contrôle qui doit porter le timbre du Laboratoire et sur lequel sont reproduites les marques inscrites sur l'instrument correspondant. Le prix de la vérification des instruments est des plus modiques.

Protection des enfants en Nouvelle-Zélande.

Le premier ministre, M. Seddon, se propose de faire voter un ensemble de lois tendant à protéger la vie des enfants en bas-âge. La loi n'autoriserait comme accoucheuses que des sages-femmes diplômées. Un certain nombre de ces sages-femmes seraient entretenues aux frais de l'Etat et donneraient leurs soins gratuitement aux femmes indigentes. L'Etat créerait des maternités, des hôpitaux d'enfants, des crèches et garderies, et il fournirait des gardes-malades aux familles pauvres. Les infirmières devraient suivre deux années de cours dans les hôpitaux où elles seraient d'ailleurs nourries et logées. La loi interdirait aux particuliers d'assurer les enfants en bas âge pour une somme supérieure aux frais d'enterrement, qui s'élèvent à 20 francs. M. Seddon dit, dans l'exposé des motifs de son projet, que chaque vie humaine perdue représente pour l'Etat une perte de 7.500 francs, et il ajoute que, pendant les dix dernières années, il est mort dans le pays 20.000 enfants au-dessous de cinq ans. (*L'Humanité.*)

Les infirmières des hôpitaux et l'allaitement maternel.

Un externe des hôpitaux, M. Georges Raillet, a bien voulu nous adresser, il y a quelques mois, les réflexions que lui ont suscitées les conditions dans lesquelles se trouvent les infirmières de nos hôpitaux parisiens. Inspirées par le noble souci de voir améliorer le sort des humbles, dont la situation sera difficilement mis au niveau de celle qui devrait être la légitime récompense des services rendus, ces réflexions mériteraient d'être publiées en entier. Nous ne pouvons cependant le faire, car la plupart sont la réédition des observations répétées dans le *Progrès médical* sur l'insalubrité et l'insuffisance des logements des infirmières. Du reste, dans la mesure du possible, M. Mesureur, directeur de l'Assistance, a commencé à porter remède aux faits qu'il avait pu lui-même vérifier.

Parmi les réflexions de M. Georges Raillet, il en est une cependant que nous reproduirons, pour attirer sur elle la généreuse attention de M. Mesureur, qui, peut-être, a déjà fait le nécessaire pour faire disparaître ce choquant état de choses. Il s'agit de l'élevage des enfants des infirmières de nos hôpitaux parisiens. M. Georges Raillet trouve « d'une inconcevable ironie, que, dans un milieu où la lutte est ardemment engagée en faveur de l'allaitement maternel, les infirmières, auxiliaires directes des apôtres de cette croisade, se voient les premières dans la nécessité de livrer leurs enfants à l'allaitement mercenaire, sinon au biberon ! »

« Je pense, dit M. Raillet, qu'il ne serait pas impossible d'établir à peu de frais des *crèches d'hôpital*. Dans chaque hôpital, et surtout là où existe une maternité, il serait sans doute facile d'organiser une salle à cet effet, sans grand dam pour le budget de la maison. Quant à la surveillance et aux soins, ils ne nécessiteraient qu'un personnel restreint, étant donné le petit nombre des nourrissons dans chaque hôpital. Dans bien des cas, même, une seule personne suffirait. Et rien n'empêche que cette personne ne soit une des mères intéressées, celles-ci prenant la garde de la crèche à tour de rôle. Ainsi les mères pourraient assurer à leurs

enfants la seule vraie nourriture à laquelle ils ont droit, sans que leurs malades en pâtissent : on n'alléguera pas, en effet, qu'une absence de dix minutes toutes les trois heures entraverait le service. Grâce à cela, peut-être, seraient sauvés bien des petits Français. »

Les secours sanitaires à Waterloo.

Notre collaborateur, M. le Dr Martha, nous adresse une note extraite dans le *Petit Bleu*, de Bruxelles, d'un article sur Waterloo, qui a trait aux secours des blessés.

« La première relation de la bataille du 18 juin 1815 fut apportée aux Bruxellois par le journal l'*Oracle* qui, dans le numéro du 20 juin 1815, raconta la bataille. Dans le numéro du 21 juin 1815 on lit :

« Parmi les traits d'humanité de toute espèce qui honorent les habitants de cette ville. nous en citerons quelques-uns. Le maire de Bruxelles avait invité les brasseurs de faire conduire de l'eau à Waterloo et sur la route, où se trouvait une grande quantité de blessés. Cet appel a eu le plus grand succès, et quinze voitures chargées de 70 tonnes de bière ont été expédiées de suite pour les lieux désignés.

« Un habitant de cette ville a établi dans sa maison une espèce d'hôpital, où l'on reçoit les blessés. Là ils reçoivent le premier pansement, des secours en vin, bouillon et autres aliments jusqu'à l'instant où ils se rendent dans les hôpitaux.

« Le beau sexe de tous les rangs s'occupe avec activité à préparer les linges nécessaires pour les pansements, ainsi que la charpie. Nos aimables Bruxelloises montrent dans cette occasion une généreuse sensibilité qui leur mérite à la fois les hommages et la reconnaissance publique. » (*Petit Bleu*, de Bruxelles, 28 juin 1904.)

Décentralisation de l'enseignement pratique de la médecine en Allemagne.

En Allemagne, une sérieuse tentative de décentralisation de l'enseignement de la médecine vient d'avoir lieu. S'il faut en croire les renseignements que nous donne le *Journal* du 2 juin, une nouvelle loi est promulguée, qui autorise les villes possédant des hôpitaux de quelque importance à créer des Académies chargés de dispenser aux étudiants un enseignement médical pratique supplémentaire. Aux termes des nouveaux règlements, tout médecin frais émoulu de la Faculté doit faire un stage complémentaire d'une année dans un hôpital, désigné par l'autorité supérieure ou dans l'un des hôpitaux faisant partie des nouvelles Académies, où seront organisés, en outre, des cours de vacances et de perfectionnement à l'usage des praticiens et étudiants. Le personnel enseignant sera fourni, pour la grande partie, par les Universités les plus proches du siège des Académies nouvelles, qui auront à entretenir, en guise de rémunération, une certaine quantité de leurs malades envoyés dans les cliniques universitaires. La ville de Cologne, par exemple, aura à payer à l'Université de Bonn un certain nombre de journées de malades, jusqu'à concurrence de 150.000 francs par an. La nouvelle loi va certainement donner un essor nouveau à l'art de guérir, dans les centres comme Hambourg, Francfort Cologne, etc., etc. villes qui disposent de grandes ressources hospitalières. Elle est, de plus, une preuve de l'esprit pratique des Allemands, dans tout ce qui touche aux choses de de la science.

Les chats et les parfums.

Nous avons retrouvé dans nos notes l'extrait suivant du *Temps* du 27 août 1901 (?) qui ne manque pas d'intérêt :

« Je connais à Paris un amour de gros chat rouge que le moindre parfum met en délire. Quand son maître a passé par la main du coiffeur, il doit se défendre contre un véritable assaut. Le chat le prend dans ses pattes, le lèche, le dévore, lui bave sur le crâne jusqu'à faire de sa tête un marécage, et quiconque affronte son voisinage avec des vêtements parfumés subit le même choc.

« Entre tous les parfums, la violette a ses préférences. Nous avons, un jour, posé près de lui un mouchoir parfumé à la violette ; il s'y est rué, l'a travaillé entre ses pattes, en a fait une boule et s'est couché dessus, inébranlable comme un roc.

« Cette bête a dû être dans des temps reculés l'amoureuse victime de quelque noble dame adorant les parfums, dont il a gardé à travers les âges et les déchéances de ses transformations le vague souvenir et l'ardent appétit.

« Après tout, de quoi vais-je me mêler ? Pourquoi « déchéances » ? C'est un amour de chat, ce n'était peut-être qu'une grosse bête d'homme ! » — N.A...

LES CONGRÈS

Ier Congrès International d'assainissement et de salubrité de l'Habitation.

(Paris, octobre 1904)

La Société Française d'Hygiène a pris l'initiative d'un Congrès d'Assainissement et de Salubrité de l'habitation qui se réunira à Paris du 15 au 20 octobre prochain. Ce congrès, qui sera le premier s'occupant spécialement de ce sujet, a pour Président d'honneur M. le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur, et toutes les personnalités les plus en vue de l'hygiène lui ont accordé leur patronage. Il est divisé en six sections traitant les questions qui se rapportent aux principaux groupes de locaux destinés à l'habitation. Il s'adresse donc, à ce titre, aussi bien aux hygiénistes qu'aux architectes aux éducateurs de la jeunesse, aux ingénieurs, aux marins et, tout particulièrement à tous ceux qui s'occupent de la question des logements ouvriers. En raison de l'application de la loi sur la protection de la santé publique, les questions traitées sont de la plus grande actualité et du plus haut intérêt pour tous. Afin de faciliter aux congressistes l'accès du Congrès, les Compagnies de Chemins de fer français ont accordé une réduction de 50 % sur leurs tarifs. F. Marié-Davy.

Organisation. — Le Congrès comprendra six sections :

Section I. — Habitations urbaines. — Construction — Disposition générale de l'immeuble — Exposition — Ouvertures — Cours et courettes — Disposition des locaux — Cube d'air — Alimentation en eau — Evacuation des matières usées — Chauffage et ventilation — Aménagement en vue de la lutte contre les maladies transmissibles — Ameublement. — Entretien. — Réglementation. Rapporteur : M. Juillerat, chef du bureau de l'assainissement et du casier sanitaire des maisons de Paris.

Section II. — Habitations rurales. — Construction — Dispotion des locaux destinés à l'habitation — Exposition — Ouvertures — Cube d'air — Alimentation en eau — Evacuation des matières usées — Chauffage et ventilation — Aménagement en vue de la lutte contre les maladies transmissibles — Ameublement — Entretien — Emplacement, disposition et aménagement des locaux annexes — Réglementation. Rapporteurs : MM. F. Marié — Davy, ingénieur agronome, membre de la commission d'hygiène du XIVe arrondissement, secrétaire de la Société Française d'Hygiène ; M. Le Couppey de la Forrest, ingénieur agronome, ingénieur des améliorations agricoles au ministère de l'Intérieur ; Pion, vétérinaire sanitaire du département de la Seine.

Section III. — Habitations ouvrières. — Disposition des locaux — Exposition — Ouvertures — Cube d'air — Cours et courettes — Alimentation en eau — Evacuation des matières usées — Chauffage et ventilation — Aménagement en vue de la lutte contre les maladies transmissibles — Ameublement — Entretien — Jardins ouvriers — Réglementation. Rapporteur : M. Cacheux, ingénieur civil.

Section IV. — Habitations louées en garni. — Hôtels urbains — Hôtels de villes d'eaux et de stations balnéaires — Auberges — Appartements et maisons meublées — Garnis. Rapporteur : M. A. Joltrain, secrétaire général de la Société Française d'Hygiène.

Section V. — Habitations scolaires. — Construction — Disposition générale — Emplacement et exposition des diffé-

rents locaux : dortoirs, classes, réfectoires — Ouvertures Eclairage — Cube d'air — Alimentation en eau et distribution : eau potable, toilette, bains — Evacuation des matières usées — Chauffage et ventilation — Aménagement en vue de la lutte contre les maladies transmissibles ; infirmerie, isolement — Mobilier scolaire — Cours et préaux. Rapporteur : M. le Dr MANGENOT.

Section VI. — Habitations flottantes. — Navires de guerre — Navires de commerce et de pêche — Bateaux de rivière et canaux. Rapporteur : M. le Dr Henry THIERRY, inspecteur général adjoint de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation.

Rapports. — Il sera présenté dans chaque section un ou plusieurs rapports, rédigés par le Comité d'organisation. Ces rapports seront imprimés à l'avance et distribués aux membres du Congrès avant le début des travaux. Ils seront exposés en séance des sections. Leurs conclusions donneront lieu à une discussion à la suite de laquelle des vœux pourront être émis, qui seront ensuite ratifiés en Assemblée générale.

Communications. — Les communications émanant des membres du Congrès devront être adressées au Secrétariat général avant le 1er septembre. Elles seront lues ou résumées par leurs auteurs, suivant leur ordre d'inscription, en séance des sections auxquelles leur sujet se rapportera. Leur lecture ne devra pas excéder dix minutes au maximum. Elles ne donneront pas lieu à une discussion. Le Comité d'organisation se réserve le droit d'écarter celles qui ne rentreraient pas dans le cadre des travaux du Congrès ou qui présenteraient un caractère commercial.

Publications. — Les travaux du Congrès seront publiés ultérieurement par les soins du Secrétariat général. Les communications dont le texte serait trop étendu pour le cadre de cette publication devront être résumées par leurs auteurs Les dessins, plans et diagrammes accompagnant les communications, ne pourront être insérés qu'à la condition que les frais de ces insertions exceptionnelles ne soient pas à la charge de la caisse du Congrès.

Cotisation. — Il sera perçu un droit d'admission au Congrès qui a été fixé à vingt francs. Cette cotisation donne droit : 1° de participer aux travaux de toutes les sections ; 2° de recevoir les publications du congrès ; 3° d'être invité à toutes fêtes données à l'occasion du Congrès et de prendre part aux excursions ; 4° d'entrer gratuitement à l'Exposition, pendant la durée du Congrès ; 5° de recevoir un insigne artistique ; 6° d'obtenir une réduction de 50 % sur les réseaux français.

Participation des dames. — Les dames des membres du Congrès seront invitées à la séance d'ouverture et à toutes les fêtes. Elles pourront assister aux séances et prendre part aux excursions.

Participation de la presse. — Les représentants des journaux techniques et ceux des journaux politiques seront, sur présentation de leur carte, admis à suivre les travaux du Congrès. Ils recevront des exemplaires des rapports imprimés et les procès-verbaux et communications seront mis, autant que possible, à leur disposition. Les communications et demandes de renseignements doivent être adressées au Secrétaire général du Congrès, M. F. MARIÉ-DAVY, 7, rue Brézin, Paris (14e Arrond).

Congrès Français de médecine — 7e Session

(Paris — 24-27 octobre 1904.)

Le 7e Congrès Français de médecine se tiendra cette année à Paris, du 24 au 27 octobre inclusivement, sous la présidence du Professeur Cornil. Les questions suivantes ont été choisies par le Congrès de Toulouse pour faire l'objet de rapports et de discussions.

I. La pression artérielle dans les maladies, rapporteurs : MM. les Drs Bosc et VEDEL (Montpellier) ; M. le Dr VAQUEZ (Paris). — *II. Des injections mercurielles*, rapporteurs : M. le Dr LANNOIS (Lyon) ; M. le Dr BALZER (Paris). — *III. De l'obésité*, rapporteurs : M. le Dr MAUREL (Toulouse) ; M. le Dr LE NOIR (Paris).

Plusieurs séances seront consacrées à l'exposé et à la discussion des communications particulières que voudront bien faire les membres du Congrès.

N. B. — Des réductions de tarif seront consenties par les différentes Compagnies de chemins de fer.

Bureau du Congrès. — Président : M. V. CORNIL, professeur à la Faculté de médecine, médecin honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine ; — Vice-Présidents : MM. HENROT, directeur de l'Ecole de médecine de Reims, membre correspondant de l'Académie de médecine ; ED. BRISSAUD, professeur à la Faculté de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu ; — Secrétaire général : M. GILBERT-BALLET, professeur agrégé à la Faculté, médecin de l'Hôtel-Dieu ; — Trésorier : M. Pierre MERKLEN, médecin de l'hôpital Laënnec ; — Secrétaire général adjoint : M. Ed. ENRIQUEZ, médecin des hôpitaux ; — Trésorier adjoint : M. Pierre TEISSIER, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux.

Comité de Patronage. — M. DEBOVE, doyen de la Faculté de médecine ; — M. BROUARDEL, doyen honoraire ; — M. BOUCHARD, membre de l'Institut ; — M. LANCEREAUX, ancien président de l'Académie de médecine ; — M. Alfred FOURNIER, professeur honoraire à la Faculté de médecine ; — MM. DÉJERINE, DIEULAFOY, GAUCHER, GILBERT, GRANCHER, HUTINEL, JOFFROY, LANDOUZY et RAYMOND, professeurs à la Faculté de médecine ; — M. Ernest BESNIER, membre honoraire de la Société médicale des hôpitaux ; — DANLOS, président de la Société médicale des hôpitaux ; — M. Paul LE GENDRE, secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux ; M. ANTONY, professeur au Val-de-Grâce ; — MM. D'ARSONVAL et CHARRIN, professeurs au Collège de France.

Pour les renseignements et les communications, s'adresser à M. le Dr ENRIQUEZ, secrétaire général adjoint, 8, avenue de l'Alma.

XIVe congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

(Pau — 1er-7 août 1904.)

Lundi 1er août. — Matin : Séance d'inauguration. — Après-midi : 1er rapport. — M. DENY : *Des démences vésaniques.* — Discussion. Soir : Réception par la Municipalité de Pau.

Mardi 2 août. — Matin : Suite de la discussion du 1er Rapport. Communications diverses. — Après-midi : 2e Rapport. — M. SANO : *Des localisations motrices de la moelle.* — Discussion. Soir : Banquet du Congrès.

Mercredi 3 août. — Matin : Visite à l'Asile St-Luc. Déjeuner à l'Asile. — Après-midi : Communications diverses.

Jeudi 4 août. — Matin : Excursion à Lourdes. Déjeuner au Pic du Ger. — Après-midi : Communications diverses (au Pic du Ger.)

Vendredi 5 août. — Matin : 3e Rapport. — M. KÉRAVAL : *Des mesures à prendre contre les aliénés criminels.* — Discussion. — Après-midi : Communications diverses. Soir : Séance de projections. — Réception par la Société de Médecine de Pau.

Samedi 6 août. — Matin : Excursion de Pau à Izeste. — Communications diverses (à Louvie). — Déjeuner à Izeste. — Après-midi : Excursion à Eaux-Chaudes. Coucher à Eaux-Bonnes.

Dimanche 7 août. — Matin : Excursion au Col d'Ausbisque. — Réception à Argelès. — Dislocation du congrès.

Adresser, sans retard, à M. le Dr Girma, secrétaire général du Congrès, asile des aliénés de Pau : 1° les adhésions et le montant des cotisations ; 2° l'itinéraire à parcourir en chemin de fer pour se rendre à Pau. (Réduction de demi-place du 27 juillet au 13 août inclus) ; 3° les titres et résumés des communications et discussions. Un programme plus détaillé sera adressé à tous ceux qui ont manifesté l'intention de se rendre au Congrès ou qui en feront la demande.

Nous croyons que ce programme plus détaillé devrait être adressé le plus tôt possible aux journaux qui s'intéressent aux Congrès. — Nous prions les auteurs de communications à ce Congrès de bien vouloir nous en envoyer un résumé, pour la fin de juillet.

Exposition internationale d'Hygiène.

(Paris août-novembre 1904.)

Une Exposition Internationale d'Hygiène, patronnée par les Ministres du Commerce, de l'Industrie, des Postes et Télégraphes, de la Marine, de l'Instruction publique, de la Guerre, de l'Agriculture, des Colonies, etc., se tiendra à Paris

dans le Grand-Palais. d'août à novembre 1904. A cette Exposition prennent officiellement part, dès maintenant, la Russie, la Belgique, le Suéde et la Norwège ; de plus, d'autres pays étrangers ont fait prévoir leur très prochaine adhésion. Nous pensons donc qu'il serait intéressant à nos lecteurs de faire figurer les produits de leur maison à cette Exposition, qui présenle une réelle importance ce qui nous paraît destinée à un très grand succès.

La classe XI, qui comprend les Arts Médicaux-Pharmaceutiques, Accessoires et Produits Chimiques, sera très intéressante, si nous en jugeons par les nombreux exposants qui se sont fait inscrire, La partie attractive de cette classe ne sera pas moins visitée. Toutes les nouveautés de l'électricité médicale moderne y figureront : *La Mécanothérapie ; les Rayons Rœtgen* ; *Les Courants de Haute Fréquence* ; *Les Bains de Lumière* ; *Les Electromoteurs* ; *La Thermothérapie* ; *La Villa Tournesol* (maison tournant sur elle-même), etc., etc. Ajoutons que cinq congrès auront lieu pendant la durée de l'Exposition ; congrès de Sauvetage, du 25 au 31 août ; de Secours publics, du 10 au 20 septembre ; de pêche, du Ier au 10 octobre d'Economie Sociale, du 11 au 20 octobre ; d'Hygiène, du au 21 au 31 octobre, et de Tuberculose.

Le Président du Comité d'admission de la classe XI est M. le Dr M. Leprince, 62, rue de la Tour, Paris. *Les Vice-Présidents* sont MM. Ch. Buchet, 24, rue des Nonnains-d'Hyéres, V. Fumouze, 78, faubourg Saint-Denis ; E. Landrin, 2, rue de la Tacherie et *le Secrétaire Général* : M. G. Prunier, 6, avenue Victoria.

Association française d'Urologie.

La huitième session de l'Association française d'Urologie se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du 20 au 22 octobre 1904, sous la présidence de M. le Professeur Guyon.

La question mise à l'ordre du jour est la suivante : « *Indications et valeur thérapeutique des prostatectomies* », rapporteurs : MM. Escat (de Marseille) et Proust (de Paris).

Les membres de l'Association qui auraient une communication à faire soit sur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le Secrétaire général : M. E. Desnos, 59, rue de La Boétie, Paris.

FORMULES

III. — Traitement de l'otite aiguë.

Ichtyol......	1 gramme.
Glycérine..........	7 gr. 50
Eau distillée........	7 gr. 50

Instiller dans l'oreille, trois fois par jour, quelques gouttes de ce mélange. (Solt, de Milan.)

Actes et thèses de la Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat. — *Lundi* 18 *juillet.* — *M. Kania* : De l'influence de la puerpéralité sur les femmes prédisposées à la tuberculose ; MM. Pinard, Kirmisson, Lepage et Wallich. — *M. Flamand* : Du diagnostic de l'hydrocéphalie par le palper pendant la grossesse et le travail ; MM. Pinard, Kirmisson, Lepage et Wallich. — *M. Paul Cantonnet* : De l'abus du forceps dans les expulsions dites lentes ; MM. Pinard, Kirmisson, Lepage et Wallich. — *M. Richard* : Le repos a-t-il une influence sur la rupture prématurée des membranes ; MM. Pinard, Kirmisson, Lepage et Wallich. — *M. Goudeaux* : Alexis Boyer (1757-1833) : sa vie, son œuvre ; MM. Tillaux, Tuffier, Lejars et Legueu. — *M. Dupouy* : Contribution à l'étude de la grossesse gémellaire intra et extra-utérine ; MM. Tillaux, Tuffier, Lejars et Legueu. — *M. Péchaud* : Des fractures spontanées de la clavicule ; MM. Tillaux, Tuffier, Lejars et Legueu. — *M. Belgrand* : Etude clinique et thérapeutique sur la tuberculose chirurgicale de la région iléo-cæcale ; MM. Tillaux. Tuffier, Lejars et Legueu. — *M. Corrington* : Contribution à l'étude des abcès du foie chez l'enfant ; MM. Terrier, Reclus, Walther et Mauclaire. — *M. Blatin* : Le petit personnel médical en Angleterre ; la réforme à faire en France ; MM. Terrier, Reclus, Walther et Mauclaire. — *M. Mourthon* : Hystérectomie abdominale subtotale, pour annexites suppurées ; MM, Terrier, Reclus, Walther et Mauclaire. — *M. Moreau* : Contribution à l'étude du traitement des sinusites maxillaires d'origine dentaire ; MM. Reclus, Terrier, Walther et Mauclaire. — *M. Martin* : Des psychopathies consécutives aux brûlures ; étude étiologique et médico-légale ; MM. Landouzy, Blanchard, Letulle et Teissier. — *M. Halgand* : Etude sur les trichophyties de la barbe ; MM. Blanchard, Landouzy, Letulle et Teissier. — *M. Douty* : Le sanatorium idéal ; MM. Blanchard, Landouzy, Letulle et Teissier. — *M. Dye* : Les parasites des culicides ; MM. Blanchard, Landouzy, Letulle et Teissier.

Mardi 19 *juillet.* — *M. Vrain* : Contribution à l'étude de la prostatectomie périnéale ; résultats opératoires et cliniques ; MM. Guyon, Budin, Marion et Demelin. — *M. Chastenet de Gery* : Contribution à l'étude des hémothorax traumatiques ; MM. Guyon, Budin, Marion et Demelin. — *M. Haguier* : Contribution à l'étude des tumeurs inflammatoires de l'estomac ; MM. Guyon, Budin, Marion et Demelin. — *M. Minon* : Pronostic comparé des variétés complètes et décomplétées, mode des fesses, de la présentation du siège ; MM Budin, Guyon, Marion et Demelin. — *M. Gourdou* : Les épiploïtes consécutives à la cure radicale des hernies ; MM. Le Dentu, Berger, Schwartz et Faure. — *M. Barthes* : De la luxation progressive du poignet chez l'adolescent et chez l'adulte ; MM. Berger, Le Dentu, Schwartz et Faure. — *M. Sautelet* : Amputation périnéale du rectum par le procédé de Hartmann ; MM. Berger, Le Dentu, Schwartz et Faure — *M. Gamas* : De l'ostéomyélite des os de la jambe ; MM. Berger, Le Dentu, Schwartz et Faure. — *M. Forgeot* : Orchite des prostatiques (anatomie pathologique) ; MM. Joffroy, Gilbert, Vaquez et Dupré. — *M. Tichet* : Remarques sur la rétraction de l'aponévrose palmaire chez les paralytiques généraux ; MM. Joffroy, Gilbert, Vaquez et Dupré. — *M. Pasqueron de Fommervault* : De l'emploi du collargol dans les septicémies puerpérales ; MM. Gilbert, Joffroy, Vaquez et Dupré. — *M. Poneelton* : Les éruptions causées par l'antipyrine ; MM. Gilbert, Joffroy, Vaquez et Dupré. — *M. Desjeux* : De l'alimentation par le lait cru chez l'enfant à l'état de santé et à l'état de maladie ; MM. Hutinel, Chauffard, Thiroloix et Méry. — *M. Michel* : Contribution à l'étude des paralysies de la chorée ; MM. Hutinel, Chauffard, Thiroloix et Méry. — *M. Caillat* : De la syphilide pigmentaire observée dans la syphilis acquise de l'enfant ; MM. Hutinel, Chauffard, Thiroloix et Méry. — *M. Collard* : Contribution à l'étude des phlébites des membres chez le tuberculeux ; MM. Hutinel, Chauffard, Thiroloix et Méry.

Mercredi 20 *juillet.* — *M. Dubreuilh* : De la péritonite gonococcique chez l'enfant ; MM. Hayem. Gaucher, Widal et André Broca. — *M. Faure* : Quelques considérations sur la pneumonie et sur la broncho-pneumonie traumatiques ; MM. Hayem, Gaucher, Widal et André Broca. — *M. Goublot* : Les tubercules du cervelet, étude clinique et anatomo-pathologique ; MM. Hayem, Gaucher, Widal et André Broca. — *M. Evrard* : Des polynévrites blennorrhagiques ; MM. Gaucher, Hayem, Widal et André Broca. — *M. Landais* : Suture artérielle chez l'homme ; MM. Tillaux, Delens, Sébileau et Walther. — *M. de Pierrepont* : Contribution à l'étude des prolapsus génitaux, symptomatiques d'une tumeur de l'utérus ou de ses annexes ; MM. Tillaux, Delens, Sébileau et Walther. — *M. Hilaire* : Du sarcome souspériostique de l'extrémité inférieure du fémur ; MM. Tillaux, Delens, Sébileau et Walter. — *M. Arrault* : Contribution à l'étude du traitement des pseudo-arthroses de la jambe ; MM. Tillaux, Delens, Sébileau et Walther. — *M. Larmandieu* : De la valeur comparée de deux traitements de l'hydrocèle : résection totale et éversion de la vaginale ; MM. Terrier, Reclus, Lejars et Legueu. — *M. Feyzeau* : Note sur les shocks nerveux et traumatiques et leur rapport avec le shock chirurgical ; MM. Terrier, Reclus, Lejars et Legueu. — *M. Chevrier* : Des luxations traumatiques de la rotule ; MM. Reclus, Terrier, Lejars et Legueu. — *M. Petit* : Résultats immédiats et éloignés de l'épididymectomie pour tuberculose ; MM. Reclus, Terrier, Lejars et Legueu. — *M. Reulos* : Contribution à l'étude de l'orchite rhumatismale ; MM. Landouzy, Déjérine, Letulle et Desgrez. — *M. Eymeoud* : Les laryngites cricoïdiennes oblitérantes chroniques ; MM. Landouzy, Déjérine, Letulle et Desgrez. — *M. Gralias* : Des oblitérations artérielles consécutives aux cardiopathies ; MM. Landouzy, Dejerine, Letulle et Desgrez. — *M. Chaix* : Les tuberculoses latentes pulmonaires ; MM. Landouzy, Dejerine, Letulle et Desgrez. — *M. Ronein* : Etude physiologique sur les fakirs ; MM. Brissaud, Roger, Teissier et Besançon. — *M. Coriat* : Du traitement de l'épithéliome cutané par les rayons X ; MM. Brissaud, Roger, Teissier et Bezançon : *M. Texier* : De la mort rapide dans le cancer du foie, et principalement par la rupture spontanée de cet organe ; MM. Brissaud, Roger, Teissier et Bezançon. — *M. Pichard* : Contribution à l'étude des érythèmes scarlatiniformes dans la fièvre typhoïde ; MM. Brissaud, Roger, Teissier et Bezançon.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 26 juin au samedi 2 juillet 1904, les naissances ont été au nombre de 1.016, se décomposant ainsi : légitimes 766, illégitimes 250.

Mortalite a Paris. — Population d'apres le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Du dimanche 26 juin au samedi 2 juillet 1904, les déces ont été au nombre de 803. Les déces sont dus aux causes suivantes : Fiévre typhoïde (typhus abdomin.) : 2. — Typhus exanthématique : 0. — Fievre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 19. — Scarlatine : 0.— Coqueluche : 5.— Diphtérie et Croup : 6.— Grippe : 2. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 3. — Tuberculose des poumons : 210. — Tuberculose des méninges : 8. — Autres tuberculoses : 13. — Cancer et autres tumeurs malignes : 49. — Méningite simple : 10. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 41. — Maladies organiques du cœur : 35. — Bronchite aiguë : 2. — Bronchite chronique : 14. — Pneumonie : 23.— Autres affections de l'appareil respiratoire : 50. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 3. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 6 ; autre alimentation : 28.— Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 4. — Hernies, obstruction intestinale : 3. — Cirrhose du foie : 11.— Néphrite et mal. de Bright : 23. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 4. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 4. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 3. — Débilité congénitale et vices de conformation : 24. — Débilité sénile : 24. — Morts violentes : 19. — Suicides : 13. — Autres maladies : 123. — Maladies inconnues ou mal définies : 19.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 64, qui se décomposent ainsi : légitimes 37, illégitimes 27.

Conseil supérieur de l'Instruction publique. — Ont été nommés pour 4 ans : 1° Membre du Conseil supérieur de l'Instruction publique et de la section permanente de ce conseil : M. Bouchard, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Paris. — 2° Membres de la section permanente de Conseil supérieur de l'Instruction publique. MM. Debove, membre de l'Académie et de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, délégué des Facultés de Médecine ; Guignard, membre de l'Institut, directeur de l'Ecole supérieure de l'Université de Paris, délégué des Ecoles supérieures de pharmacie.

Ont été nommés membres des comités d'études chargés de communiquer et de collaborer avec la commission chargée de rechercher et de publier les documents d'archives relatifs à la vie économique de la Révolution française : MM. Carlier, inspecteur des Enfants assistés à Arras ; le Dr Dejeanne, vice-président de la Société Ramond à Bagnères-de-Bigorre ; le Dr Fontan, à Tarbes ; le Dr Pécault (Elie) à Ortez ; le Dr Reclus à Salies ; le Dr Batlle (Pyrénées-Orientales) ; le Dr Donnezan (Pyrénées-Orientales) ; le Dr Augagneur, maire de Lyon ; le Dr Fodéré, à Saint-Jean de Maurienne.

Faculté de médecine de Nancy. — La chaire de médecine légale de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy est déclarée vacante.

Faculté des sciences de Montpellier. — La chaire de zoologie et anatomie comparée de la Faculté des sciences de l'Université de Montpellier est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille. — M. Combemale, professeur de clinique médicale, est nommé doyen pour trois ans, à partir du 24 juillet 1904.

Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes. — M. Aubry (Paul-Marie-Joseph), docteur en médecine est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

Nominations. — M. Roger, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de médecine de l'Université de Paris. — M. Revault d'Allonnes, agrégé de philosophie, est nommé chef-adjoint du laboratoire de psychologie des maladies mentales (Hôpital Sainte-Anne).

Collège de France. — M. J. Jolly, commencera, le mardi 11 octobre 1904, au Laboratoire d'Histologie du Collège de France, (annexe rue des Écoles), une série de conférences pratiques sur l'histologie normale et pathologie du sang, les méthodes d'examen, et les maladies du sang. Ces conférences auront lieu trois fois par semaine, à 2 heures, et dureront un mois.

Correspondance.— Paris le 28 juin 1904.— Monsieur le Directeur.— Vous avez reçu et peut-être déjà publié une annonce bibliographique ou un communiqué comportant une bréve analyse du livre « Principes de la diététique moderne », édité par la maison J.-B. Baillière, et dont je suis l'auteur. J'aurais passé sur ce communiqué, dont la forme ni le fond ne me satisfaisaient, s'il ne contenait une inexactitude matérielle au sujet de laquelle je juge nécessaire de dégager toute ma responsabilité. Les titres de docteur en médecine et ancien interne des hôpitaux, qui m'y sont attribués, ne m'appartiennent en aucune façon. Mon titre est celui dont je signe cette lettre et que comporte l'en-tête de mon livre. Je viens donc vous demander d insérer dans votre journal cette rectification et vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, avec mes remerciements anticipés, l'assurance de ma haute considération, Henri Labbé,

Chef du Laboratoire de chimie de la clinique médicale de l'hôpital Laënnec.

Tué par le chloroforme. —On n'a pas oublié l'accident qui se produisait voici bientôt trois semaines à l'hôpital Saint-Antoine : un malade, conduit dans une salle d'opération, y succombait sous l'action du chloroforme, et le chirurgien de déclarer que ce décés était dû à la mauvaise qualité du chloroforme livré par l'Assistance publique. Une information fut ouverte, et M. Girard, expert chimiste, fut chargé par M. Boucard, juge d instruction, d'analyser l'anesthésique employé. Il vient de remettre son rapport duquel il résulte que le chloroforme soumis à son examen est absolument pur. D'autre part, les médecins légistes chargés de l'autopsie du cadavre, ont conclu au trés mauvais état du cœur et des artéres du défunt, ce qui rendait dangereuse avec l'emploi du chloroforme une opération cependant nécessaire. (*Temps* du 8 juillet.)

Ligue contre la mortalité infantile. — Le Conseil d'administration de la Ligue a constitué son bureau comme il suit : *Président* : M. Paul Strauss, sénateur. *Vice-président :* M. le Pr Budin. *Secrétaires :* MM. les Drs Josias et Variot. *Trésorier:* M. le Dr Henri de Rothschild.

Victor Duruy et la Loi Falloux. — La *Dépêche* de Toulouse publie des lettres de Victor Duruy. Voici quelques phrases très nettes qui indiquent que lui, ministre de l'instruction publique bonapartiste, voyait les dangers de l'instruction cléricale. « Tous mes efforts, dit-il, tendent au réveil de l'*esprit laïque...* » Après avoir parlé de ses projets, il ajoute : « Il faudra une persévérance qui ne se rebute jamais *pour réparer le mal causé par la loi du 15 mars 1850. la loi Falloux, celle que nous appelons dans l'Université : la Terreur Blanche.* » Et ce n'est que 54 ans après que la loi Falloux sera abolie !

Gémellarité.— M. Vigné, 29 ans, et sa femme, 27 ans, se sont mariés il y a un an. Premier accouchement le 25 juin 1904, de jumeaux, un garçon et une fille, poches distinctes. — La sœur ainée de madame Vigné, a eu deux jumelles âgées de 20 ans, bien portantes, sans enfants. Pas d'autres jumeaux dans sa famille : « Ma mére est fille de jumelles, mon pére est fils de jumeau. » Pas d'autres jumeaux dans sa famille.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr David, de Montpellier ; de M. le Dr Duprada, de la Réole ; de M. le Dr Cornet, de Graincourt (Pas-de-Calais).

Chronique des hôpitaux de Paris.

Concours de médecin des hôpitaux. — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Papillon, Grifon et Léon Bernard.

Concours d'externes. — L'ouverture du concours aura lieu le lundi 17 octobre 1904, à quatre heures précises. dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Péres, n° 49. Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le jeudi 1er septembre jusqu'au vendredi 30 du même mois inclusivement.

Hospice de Bicêtre. — Bourneville. Visite et représentation de malades le samedi à 9 heures et demie très précise.

Clinique chirurgicale de l'hôtel-dieu. — Pendant la période des vacances, M. Mauclaire, agrégé, fera un cours de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu. Il commencera ce cours le mardi 26 juillet 1904, à 9 h. 1/2, et le continuera les vendredis et mardis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie SCHLEICHER frères,
15, rue des Saints-Pères.

ESMARCH (VON). — Premiers soins à donner en cas d'accidents subits. Traduction par le Dr E. Van Dye. 4e édition française. Vol. In-8° cartonné, de 178 p., avec 96 fig. Prix.......... 1 fr. 50

GRASSET (J.). De la déviation, en sens opposé, de la tête et des yeux. Brochure. In-8° de 16 pages.

GUIDE POPULAIRE D'HYGIÈNE, manuel de la santé, publié par l'Office sanitaire de l'Empire allemand. Trad. de la 9e édition allemande. par M. le Dr J. CRYNS, 2e édition française, revue et augmentée. Vol. gr. in-8° cartonné, de 315 pages, avec 55 figures dans le texte et 2 gravures en couleurs hors texte. Prix..... 3 fr. 50

Librairie O. DOIN, éditeur.

REVUE D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE INFANTILE, et ANNALES DE LA POLYCLINIQUE H. DE ROTHSCHILD, paraissant tous les deux mois. Directeur : Dr H. de ROTHSCHILD ; secrétaire de la rédaction : Dr METTLING. — SOMMAIRE, du n° 1 de 1904 : *Travaux originaux* : Contribution à l'étude des causes et du traitement de l'atrophie infantile par A. Micle et Willem. — Note sur l'alimentation des enfants par Budin et Planchon. — Conditions de production du lait au Danemark par de Rothschild. — *Analyses* : Hygiène et alimentation. — Médecine. — Revue des livres. — Variétés. — Index bibliographique. Un an, 12 fr. ; étranger. 14 fr.

ROTHSCHILD (Henri de). — Traité d'hygiène et de pathologie du nourrisson et des enfants du premier âge. Tome Ier. In-8° de 800 pages avec fig. Prix........................ 15 fr.

ROUSSEL (Albéric). — La Franklinisation réhabilitée. 1 vol. In-18 de 292 pages avec 12 figures dans le texte. Prix...... 4 fr.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE
19, rue Hautefeuille.

CARRIER (Henri). — La cellule nerveuse normale et pathologique. 1 vol. In-8° de 428 pages.

ROUX. — L'instinct d'amour. 1 vol. In-16 de 388 pages. Prix.................................. 3 fr. 50

Librairie MALOINE
25-27, rue de l'Ecole de Médecine.

CHARDIN (Ch.). — Précis d'électricité médicale. 1 vol. In-16 de 340 pages. Prix.............................. 10 fr.

Librairie Jules ROUSSET,
1, rue Casimir-Delavigne.

BILLON (L.). — Garçon ou fille, cause déterminant le sexe. 1 vol. In-18 jésus de 132 pages. Prix.................. 2 fr. 50

GÉRAUD-BONNET. — Traité pratique d'hypnotisme et de suggestion thérapeutiques. 1 vol. In-18 de 334 pages. Prix..... 3 fr. 50

OWEN (Edmund). — Cleft-Palate, and Hare-Lip. 1 vol. Ce volume est le 10e d'une série de *Monographies*. In-8° de 112 pages. Librairie Baillière Tyndall and Co. London.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES, CLERMONT (OISE).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.





3e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XX. N° 30. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 23 JUILLET 1904

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Essais de thérapeutique des maladies infectieuses :

Par les Docteurs **Marc LAFFONT** et **André LOMBARD**.

L'étude des maladies infectieuses a réalisé, dans ces dernières années, de très importants progrès ; nous n'en dirons point autant de leur thérapeutique, car il semble que leur prophylaxie seulement a bénéficié de l'explication des coutumes changées en règles pratiques, que les usages populaires avaient transmises ; les unes nées de l'observation et remontant à un âge des plus éloignés, les autres écloses dans le cerveau de précurseurs, et oubliées ou passées sous silence (1) *.

Les doctrines humorales ont joui d'une faveur nouvelle après la découverte sensationnelle de Behring et de Roux. L'apparition d'autres sérums actifs contre la peste, contre certaines streptococcies, l'utilisation du sérum antidiphtérique contre la pneumonie et d'autres maladies infectieuses, ont fait naître les espoirs les plus chimériques, vite déçus d'ailleurs. Cependant, on observe indiscutablement l'action spécifique du sérum antidiphtérique, et on ne peut nier que chaque injection de sérum amène dans certains cas d'affections aiguës un apaisement des symptômes. Il est imputable non pas seulement à l'injection d'eau ou d'eau saline, mais aussi à l'introduction dans l'organisme de substances protéiques, albuminoïdes, à fonction le plus souvent antitoxique ; quoique parfois une action toxique s'y ajoute, telle celle qui provoque l'apparition d'érythèmes infectieux. Mais enfin il se produit rapidement sous l'influence de l'injection d'un sérum, surtout s'il est spécifique comme celui de la diphtérie, une augmentation de résistance de l'individu, qui s'ajoute à l'élimination des substances toxiques, cela sans doute grâce à la multiplication des leucocytes ; phénomènes locaux et phénomènes généraux s'amendent ; mais l'organisme a reçu d'un seul coup une dose relativement énorme de substances d'origine albuminoïde, donc d'une composition encore inconnue et d'une activité difficile à préciser. En quelques jours, après un petit nombre d'injections, l'infection a disparu, et durant la convalescence le malade se débarrasse des déchets de la maladie et du traitement et plus rien ne paraît des substances étrangères introduites dans l'organisme.

L'action du sérum dans les maladies aiguës indique bien que son action est théoriquement impossible dans les maladies de longue durée. L'introduction répétée de sérums empruntés à des races diverses d'animaux peut bien être pratiquée avec une impunité vraie ou apparente un petit nombre de fois ; mais à la longue il n'en serait plus de même. Au reste, personne n'ignore que les injections salines servent à dépister la tuberculose en faisant apparaître de nouveaux signes stéthoscopiques, et souvent un état fébrile ; nous disons la tuberculose, car c'est elle, des maladies infectieuses chroniques, que nous aurons spécialement en vue dans cette étude. Mais parmi les inconvénients des sérums, personne n'ignore non plus le coup de fouet que donne la sérothérapie à une tuberculose concomitante ou préexistante, et nous possédons l'observation encore inédite d'un militaire qui entra à l'hôpital pour une diphtérie et succomba à la granulie aiguë ; il avait été soumis au traitement sérothérapique. Assurément ce sont là des exceptions qui ne doivent pas faire négliger l'usage d'une médication précieuse en de nombreuses circonstances ; mais qui doivent nous rendre circonspects sur la façon dont il convient d'accueillir un sérum antituberculeux. Nous n'ignorons pas, du reste, que les animaux qui fournissent le sérum sont sujets à des accidents pouvant aller jusqu'à la mort subite (2), accidents encore inexpliqués, et qui montrent combien nos connaissances sont encore peu étendues touchant la physiologie des liquides de l'organisme. Si les sérums permettent, en de certains cas déterminés, de lutter avec succès contre l'infection, ils ne sont pas les seuls agents dont on ait proposé l'introduction en thérapeutique ; l'opothérapie, avec les injections de suc pulmonaire (Arnozan, Brunet) a fait une courte apparition. La levure de bière, administrée par la voie gastrique ou hypodermique, n'a pas tenu ses promesses, et pour ne pas jeter une note trop discordante dans le concert d'éloges qu'elle a suscités, nous dirons seulement que nos expériences personnelles nous autorisent au moins à dire qu'elle fut sans action. Mais aucune médication n'eut, contre les infections en général, une vogue comparable

* Les indications bibliographiques, indiquées par les chiffres, seront à la fin de ce travail.

à celle du collargol; des observations isolées sont venues de toutes parts attester ses bons effets, et après avoir en quelques jours suscité de très nombreuses communications, cet agent est tombé dans l'oubli. Nous l'avons expérimenté : dans les infections légères il provoquait une réaction suffisante pour que l'organisme fût victorieux ; mais, pour peu que l'infection fût grave, il se montrait inférieur, notamment dans la pneumococcie du lapin, même au sérum antidiphtérique. De même que le nouveau sérum antituberculeux (3), il provoque une intoxication légère de l'organisme, qui réagit au moyen de l'hyperleucocytose, et c'est cette leucocytose qui exerce secondairement son action utile sur l'infection préexistante. Tout autre paraît être, d'après Landouzy (4), l'action du sérum de Maragliano (5), médication plutôt antidotique qu'anti-infectieuse, et dont la théorie d'Ehrlich nous donne aujourd'hui une explication satisfaisante. Elle reviendrait, en somme, à la neutralisation dans tout l'organisme des poisons bactériens que l'on atteint quelquefois dans le tube digestif par l'administration du tannin, lequel aurait le pouvoir de rendre l'organisme aseptique. Une autre médication a joui plus longtemps d'une vogue méritée : nous voulons parler de la révulsion qui, sagement pratiquée, provoque une certaine invigoration des leucocytes ; on a sans doute abusé des pointes de feu ; mais les sétons et les cautères ont une action que nos pères prisaient fort, et que l'école de Lyon a rénovée par la pratique des abcès aseptiques. Pour nous, nous préférons la sinapisation, ou bien la révulsion par les applications chaudes, ou la compresse de Priessnitz.

Toutes ces considérations nous amènent à dire comment nous envisageons la défense de l'organisme contre le microbe et sa toxine. Dès que le microbe a franchi une des barrières protectrices de l'économie et s'est fixé en un point de celle ci, aussitôt les capillaires se dilatent et arrive une armée de leucocytes ; nous n'avons point à rechercher actuellement la part du système nerveux dans la vaso-dilatation ni la variété des leucoytes ; quoi qu'on ait écrit à ce sujet, *leur spécificité n'a, au point de vue de nos recherckes, qu'un intérêt secondaire*. Dès que microbes et leucocytes sont en présence, la lutte s'engage et ces derniers seront victorieux s'ils englobent et détruisent les microbes et leurs toxines.

Ce qui se passe en un point limité de l'organisme devra parfois se passer dans l'économie tout entière et sur ce terrain plus vaste, la lutte sera aussi plus vive, la victoire des leucocytes souvent indécise, et l'organisme succombera bien souvent.

Qu'est donc le leucocyte ? Le leucocyte, qu'il serait plus exact de désigner toujours au pluriel, est la cellule protoplasmique primordiale qui ne fait défaut à aucun animal ; c'est elle qui le nourrit et le défend contre les agents extérieurs, comme l'a montré M. Metchnikoff (6). A mesure qu'on s'élève dans l'échelle animale, des cellules se différencient, des systèmes s'organisent, mais les leucocytes restent les principaux, sinon les seuls agents du développement, des échanges, et de la défense des divers organes, agents qui ne vivent que dans un milieu salin, et dont la mort coïncide exactement avec la mort de l'individu. Nous avons longuement développé (7) la part des leucocytes dans l'absorption des substances étrangères introduites dans l'organisme, et nous ne croyons pas devoir revenir sur ce sujet ; mais le leucocyte n'est pas seulement un agent d'assimilation et de transport, il est aussi un agent de désassimilation (8). Ce qui nous semble plus important, c'est de dire à nouveau comment on peut expliquer ce rôle des cellules blanches dans l'absorption des substances étrangères à l'organisme en appliquant au moins aux poisons minéraux la théorie Ehrlich.

L'un de nous (9), appliquant cette théorie au métal toxique uni à la molécule CH^3, dit que dans ce composé le métal toxique représente le groupement toxophore, la molécule CH^3, le groupement haptophore, « mais un « groupement haptophore ayant la propriété d'activer la « genèse et l'émission de nombreux récepteurs leucocy« taires. Rendus libres, ces récepteurs se combinent aus« sitôt au métal toxophore par l'intermédiaire du méthy« le haptophore » pour empêcher ainsi l'élément toxique de pénétrer les cellules différenciées, ou les cellules libres embryonnaires, dont les unes restent toujours dans leur premier état, remplissant un rôle de biologie générale, tandis que les autres se modifient pour s'adapter à une fonction spéciale (fibres musculaires, cellules nerveuses, etc.) et désormais ne pourront plus se nourrir ou remplir leur rôle spécial que par l'intermédiaire des cellules embryonnaires, qui resteront telles, se reproduisant sans modifications essentielles, tout le temps de la vie de l'être. Généralisant cette théorie, et faisant une étude expérimentale (10) de diverses substances utilisées en thérapeutique, il a pu observer que le groupement CH^3 diminue la toxicité de l'arsenic ; le groupement SO^3H celle des carbures benzéniques. Dans des recherches ultérieures, il a étendu définitivement au phosphore les avantages de la méthylation et, dans ces derniers temps, aux corps gras, ceux de la sulfonation.

Les règles qu'il a posées dans sa première communication ne sont pas suceptibles d'une généralisation absolue, car d'une part, la méthylation du mercure lui a démontré que la toxicité de l'atome Hg était considérablement augmentée par son union avec le groupement CH^3 dans le mercuroso-méthyle, tandis que l'adjonction du groupement complexe phénol sulfoné (hermophényl) lui donne jusqu'ici la toxicité minima. D'autre part, l'adjonction de ce groupement CH^3 à la molécule strychnium, dans la brucine, est la seule cause de la différence considérable (1/10) de la toxicité de la brucine et de la strychnine, ainsi que cela est connu depuis longtemps, tandis que le rôle sthénique de ces deux alcaloïdes est exactement le même, la brucine étant de la strychnine diméthyoxylée (11).

En dehors du carbone, de l'oxygène, de l'hydrogène et de l'azote qui sont introduits dans tout corps vivant par les organes respiratoires ou digestifs, dans l'état de santé comme dans celui de maladie, il est d'autres substances, telles le phosphore, le soufre et l'arsenic, dont la présence, normale en tous temps, est plus nécessaire encore dans l'état de maladie. Un microbe, en effet, ne se développe bien que s'il trouve un terrain propice ; chacun porte en soi le bacille de Koch, lequel ne cultive qu'à la suite de fatigues, de surmenage professionnel ou mondain, d'alcoolisme ou de déchéance physiologique provoquée par certaines infections dont nous avons eu depuis deux ans des exemples multiples (grippe, rougeole, diphtérie, coqueluche, fièvre typhoïde) ; en un mot l'organisme est longtemps capable de lutter avec ses propres moyens, et une cause étrangère est nécessaire non pas pour exalter la virulence du microbe, mais pour affaiblir la résistance de l'organisme à son développement.

Les travaux de Bernheim, de Robin, de Robin et Binet, de Gaube, ont fait envisager un sol tuberculeux, déminéralisé, hypoacide, en opposition avec le sol arthritique, très minéralisé, hyperacide ; sans vouloir nier qu'il y ait une part de vérité dans cette conception, peut-être encore un peu theorique, on ne peut s'empêcher de pen-

ser que l'arthritisme, malgré l'antagonisme des échanges respiratoires, ne met point toujours à l'abri de la tuberculose ; et au dessus de la question de terrain, nous plaçons la question de résistance générale. Existerait-il donc cependant un sol absolument infertile pour le bacille de Koch ? Assurément non. Mais il existe un moyen de rendre un organisme inaccessible aux proliférations bacillaires ; ce n'est point par une modification humorale, que nous avons vu un sérum inhabile à créer, mais par une mise en état des leucocytes ; dans un chapitre ultérieur nous dirons nos premiers essais de thérapie antituberculeuse spécifique ; qui ne peuvent encore ici trouver place.

Si l'on examine dans son ensemble la nutrition de l'individu sain, on constate que, son développement étant terminé, en ingérant une ration moyenne, différente selon le travail fourni, son poids ne varie que dans de très faibles proportions, et il conserve toujours une vigueur, une euphorie qui caractérise l'état de santé. L'analyse des ingesta et des excreta n'accuse que de faibles variations et même l'introduction dans l'alimentation de certaines substances (phosphates) ne se révèle par aucune modification physiologique, physique, ou chimique. Les phosphates sont introduits dans l'alimentation par le lait, les œufs, la viande, les céréales, les légumes, etc. ; ils sont assimilés, puisque l'organisme vit et se développe : mais si l'on veut les doser dans les ingesta et dans les excreta, on entreprend une étude qui ne peut pas donner de résultats précis, car la suggestion seule peut les fausser et le travail physique ou cérébral varier dans des proportions absolument indépendantes de notre volonté. Cette étude devra donc être pratiquée sur des animaux et appréciée, non par une méthode chimique, méthode des analyses ou des échanges, mais par un mode physiologique rationnel ; c'est à dire par l'augmentation de poids. Ce criterium est seul exact ; car, si l'on veut appliquer même le dynamomètre à l'étude des échanges moléculaires chez l'homme ou l'animal, la répétition quotidienne du même mouvement produit l'entraînement. C'est pourquoi nous n'attacherons pas une importance plus grande aux analyses de M. Robin qu'à celles de M. Gilbert dont les résultats sont, du reste, absolument discordants.

L'introduction est très rationnelle des phosphates alimentaires par des aliments ordinaires et ils suffisent au développement de l'individu normal. Mais, dans la maladie, soit que l'individu se déphosphatise comme nous l'avons constaté nous-mêmes dans la prétuberculose, soit que nous considérions le phosphore comme l'agent reconstituant le plus important, le seul anti-infectieux, l'organisme en a besoin de quantités plus grandes. L'administration des phosphates minéraux, neutres ou acides, constitue un non-sens thérapeutique, puisqu'ils traversent l'organisme sans subir de modifications, étant déjà un produit complètement oxydé. Ceux qui, n'envisageant que leur insolubilité les solubilisent par l'acide lactique ou chlorhydrique, ont soumis l'estomac des tuberculeux à une médication qu'ils n'ont pu continuer impunément, et, du reste, sans effet utile. Ceux qui, à l'instigation de Kassowitz, ont prescrit le phosphore métalloïdique en solution huileuse, ont employé une médication non exempte, à coup sûr, d'inconvénients parfois sérieux, mais à laquelle on ne peut refuser le mérite d'augmenter les défenses de l'organisme par l'administration d'un corps éminemment toxique, mais qui exige des leucocytes un très grand effort pour sa fixation et son utilisation. Nous n'insisterons pas sur les inconvénients de l'acide phosphorique, dont l'utilité est cependant réelle parfois, et qui, rationnellement introduit en thérapeutique par Joulie, a déjà rendu des services, agissant plus toutefois par le rétablissement de la sécrétion gastrique physiologique grâce à son acidité, que par l'introduction de phosphore métalloïdique.

Les glycéro-phosphates ont constitué un très important progrès, car il n'est pas niable qu'ils aient relevé la nutrition nerveuse défaillante ou stimulé l'activité de l'organisme, mais nous leur reprocherons leur action essentiellement fugace et momentanée. Au reste, les expériences de M. A Robin (12) nous ont montré que les glycéro-phosphates, quelle que soit leur voie d'introduction,

« 1° Accélèrent les échanges envisagés d'une manière « générale, aussi bien ceux de la matière organique que « ceux de la matière inorganique avec, peut-être, une « certaine prédominance pour ces derniers.

« 2° Ils accélèrent principalement les échanges azotés, « et cela dans toutes les étapes de ceux-ci. Ils favorisent « le courant d'assimilation des matières albuminoïdes « et leur intégration cellulaire. Ils augmentent parallè- « lement les actes de la désassimilation azotée et accrois- « sent l'utilisation de l'azote désintégré. Il n'est donc « pas un des actes de la nutrition azotée qui ne soit « amélioré.

« 3° ... « 4° Ils agissent sur les échanges sulfurés com- « me sur la nutrition azotée, en ce qu'ils augmentent et « qu'ils accroissent l'oxydation des produits sulfurés dé- « sintégrés. Et comme le rapport du soufre à l'azote croit « dans presque tous les cas, il en résulte aussi que les « organes riches en soufre, comme le foie, sont particu- « lièrement le siège d'une nutrition plus active.

« 5°..., 6°. ..7°. Tout en favorisant, très probablement, « l'assimilation nerveuse des phosphates alimentaires, « ils modèrent la dénutrition du système nerveux, agis- « sent sur celui-ci comme un moyen d'épargne et aident « à sa reconstitution en se fixant en presque totalité dans « l'organisme. Cette action d'épargne est corroborée par « la diminution de la désassimilation de la magnésie, l'au- « tre dominante minérale du tissu nerveux.

« 8° Ils augmentent les échanges calciques et ceux de la substance osseuse, sans influencer ses échanges phosphorés ».

Sans doute, les glycéro-phosphates sont un produit de régression moins oxydé que les phosphates, c'est pourquoi ils procurent de l'amélioration aux malades, mais les chercheurs se sont avisés que les lécithines (13) (14) (15) remplissaient mieux les desiderata de la thérapeutique. Nous avons déjà écrit que nous considérions comme un retour en arrière l'administration de toutes les lécithines commerciales ; seules sont utiles celles que l'on absorbe avec les aliments, et l'on doit insister sur ceux qui en contiennent le plus (œufs, cervelles), car il n'est rien de plus simple que de faire absorber des jaunes d'œuf, et si l'on tient à donner un médicament, il faut se souvenir que « toutes les lécithines se décom- « posent lentement à froid, rapidement dans l'eau chau- « de, surtout en présence d'un peu d'acide ou d'alcali, et « donnent, sous forme de gouttes huileuses, des acides « gras, libres ou à l'état de sels » (16).

Le lécithine de l'œuf est dioléique ; et comme le soufre existe aussi parmi les éléments de l'œuf, on administre aux malades une préparation naturelle qui contient les éléments éminemment assimilables de la thérapeutique que nous préconisons ; car nous verrons plus loin que les sulfones diminuent ou suppriment la toxicité des substances aromatiques. Par l'usage des œufs crus, on

évite donc la décomposition de la dioléolécithine en acide phosphoglycérique, acide oléique et névrine. De même, l'usage alimentaire des cervelles, dont la température pour la cuisson n'aura pas dépassé 45°, sera recommandable puisqu'on évitera ainsi la décomposition de la distéarolécithine. Dans le gluten des graminées on la rencontre aussi, mais les manipulations qu'on lui fait nécessairement subir enlèvent à cette substance toute valeur thérapeutique spéciale.

La névrine, qui provient de tous les dédoublements des lécithines, sous l'influence des acides et des bases, n'est pas, comme on l'a cru longtemps, identique à la choline ; elle est représentée chimiquement par le triméthyl-hydroxyétylène-ammonium, et constitue un produit de désintégration moléculaire. Ne pouvant extraire utilement une substance phosphorée assimilable des organismes vivants, pour en faire un usage thérapeutique judicieusement dosé, il fallait songer à en faire la synthèse. Les dérivés de la névrine sont déjà des produits en voie de régression ; de même ceux de la choline. Mais puisqu'il est déjà remarqué que la méthylation diminue la toxicité de certains métaux ou métalloïdes, et que, d'autre part, la choline est aussi trois fois méthylée, il fallait méthyler directement le phosphore et obtenir un corps qui ne fût pas en même temps une amine. L'un de nous (M. Laffont) a réalisé la synthèse des acides mono et diméthyl-phosphoriques. Des expériences encore inédites nous ont montré que des injections de ces sels faites à différents intervalles et à doses variables à des cobayes nouveau-nés, de la même portée, faisaient augmenter le poids d'une femelle dans des proportions plus considérables que celui du mâle, et l'on sait qu'il n'en est point ainsi à l'ordinaire. Et encore, dans les mêmes conditions, le mâle le moins vigoureux et de poids moindre, ne tardait pas à dépasser un autre jeune mâle témoin. Dans toutes nos expériences nous avons ainsi agi sur des animaux de même sexe et de même portée, et ce fait de même expérimentation donne plus d'autorité à nos conclusions.

Nous n'avons pas eu l'intention de faire ici l'histoire de la médication phosphorée (17). Cette étude nous eût conduits à envisager de quelle façon et pourquoi le phosphore alimentaire est d'abord fixé par la cellule osseuse dans le développement de l'être, et comment s'établit la balance entre le phosphore organique, soluble, des tissus mous, et le phosphore inorganique, insoluble, immobilisé pour ainsi dire, du squelette. Si l'on veut bien envisager la constitution de l'œuf, toujours stérile, quelle que soit la maladie de la mère ; celle du placenta, barrière qui s'oppose au passage des microbes, sinon à celui des toxines, on constate qu'il y a en très grande abondance des sels d'acide distéarophosphorique, où l'acide stéarique est souvent remplacé ou combiné avec les acides oléique, palmitique ou margarique. Cela constitue-t-il un milieu impropre à la prolifération microbienne, une sorte de barrière antiseptique ? Ou bien cela provoque-t-il dans le placenta un afflux de leucocytes vigoureux ? Cette seconde hypothèse nous séduit davantage.

Des expériences en cours, entreprises par l'un de nous, démontreront certainement d'ici peu l'importance considérable des groupements gras dans la lutte de l'organisme contre les infections. Dans des études déjà anciennes, l'influence protectrice des savons lui avait paru considérable, mais leur injection provoquait des réactions inflammatoires telles qu'il abandonna momentanément ces expériences jusqu'au jour où l'adjonction du groupement SO^3H à la molécule grasse lui permit d'obtenir un agent ne provoquant plus ces réactions inflammatoires graves. Mais il y a une complexité de phénomènes dévolus, pour la défense de l'organisme, à la matière grasse sulfonée et phosphorée. C'est ainsi que, si le placenta absorbe les microbes par l'intermédiaire des leucocytes, la substance de l'œuf provenant de poules inoculées a fourni à Roger (18) un liquide qu'il inoculait à des cobayes tuberculeux. D'autre part, ses recherches avec Josué (19) ont montré que la toxine tétanique perd sa nocivité au contact de la substance cérébrale, de la névrine (20). Il n'en est point ainsi vis-à-vis de toutes les toxines ; mais il existe, malgré toutes les neutralisations, une dose mortelle et nos observations nous ont prouvé que, dans la tuberculose, la tachycardie, fonction de l'intoxication bulbaire, est le symptôme du plus fâcheux augure.

Quoi qu'il en soit, cette abondance de phosphore combiné à des acides gras nous permet d'envisager le rôle éminemment utile de ces éléments. Mais, par la voie gastrique ces éléments phosphorés subissent des décompositions, sont soumis à des variations qui laissent, pour leur absorption, une trop grande part d'inconnu. Par l'injection hypodermique, les leucocytes, quand ils le peuvent, se chargent des substances introduites, mais nous savons, par nos expériences antérieures, que le jaune d'œuf n'est ainsi jamais absorbé, et que les excipients huileux ordinaires ne sont assimilés qu'après un très long temps. C'est pourquoi il est indispensable d'avoir une combinaison phosphorée organique assimilable, soluble, donc pouvant être donnée en injection hypodermique.

L'acide anhydro-oxyméthylène-diphosphorique (21), récemment introduit en thérapeutique, a été ainsi annoncé comme jouissant de ces propriétés et possédant la plus grande résistance connue aux réactifs (22).

De ces nombreuses recherches sur des produits spéciaux contenant tous comme élément essentiel le phosphore, nous voulons retenir seulement l'unanimité des chercheurs dans l'importance reconnue à ce métalloïde pour le relèvement général de l'organisme. S'il nous fallait apprécier plus spécialement la valeur de l'un quelconque de ces produits recommandés, nous ne pourrions sans sourire constater que les expérimentateurs, en prenant le composé qui avait fait l'objet de leurs études, se hâtaient de dénigrer les produits similaires. Les glycéro-phosphates ont été recommandés de préférence au jaune d'œuf qui contenait des nucléines nuisibles, disait-on alors, et de préférence aussi aux lécithines, dont l'instabilité pouvait être suivie de décomposition engendrant des ptomaïnes essentiellement nuisibles; quelques années après, revenant sur le compte des nucléines, on a vanté leur fixité opposée à la décomposition facile et spontanée des glycéro-phosphates devenant bien souvent, dans les officines pharmaceutiques, des phosphates minéraux ordinaires. Puis, dans ces derniers temps, on est allé chercher le phosphore organique dans les céréales et les légumineuses, mettant toujours en avant la fixité de ces préparations et se basant sur des analyses dont nous avons fait plus haut la critique expérimentale. Fort heureusement, au cours de tous ces procès sur le phosphore organique, le plus grand nombre des praticiens, et nous sommes avec eux, s'est borné à choisir comme phosphore organique aliment, les œufs, la laitance et les centres nerveux : nous avons ajouté, comme phosphore injectable, les méthylphosphinates, agissant immédiatement sur les leucocytes par l'atome Ph uni au groupement CH^3.

Nous savons, depuis les belles recherches de M. A. Gautier (23), que l'arsenic existe normalement chez l'hom-

me et les animaux ; localisé surtout dans les organes ectodermiques (peau, thymus, cerveau, etc.), il provient originellement du granit maritime, est dissous dans l'eau de mer, puis absorbé par les algues et les poissons, en même temps que le chlorure de sodium et que l'iode, si abondant dans les algues marines. Dès lors, l'arsenic minéral a constitué une combinaison organique ; il se fixe dans les cellules d'élection après avoir été absorbé par l'homme et les mammifères, et sera éliminé par les cheveux, la peau, le duvet. M. Gautier pense que l'arsenic est contenu dans l'eau de mer, dans une matière arsenicale, azotée, phosphorée et carbonée qui y est dissoute. Quoi qu'il ne soit pas abondant dans l'organisme comme l'azote ou le phosphore, il constitue un élément indispensable à la vie et, de même que le phosphore alimentaire est insuffisant dans l'état de maladie, l'arsenic alimentaire ne compense pas les pertes de cette substance et ne suffit pas à stimuler la vie cellulaire.

Nous savons que la combinaison diméthylée de l'arsenic constitue la forme la plus heureuse pour son administration ; mais nous avons observé qu'en unissant le cacodylate au phosphore méthylé et aux aromatiques sulfonés, le cacodylate, tout en conservant son rôle reconstituant déjà observé (24), perd jusqu'à la toxicité relative que ces auteurs ont constatée, et qui ne leur permettait qu'une administration par petites séries, également espacées ; cette toxicité disparaît si bien que nous avons pu, malgré son adjonction dans nos mélanges organiques qui constituent la cytophiline, en continuer les injections dans les cas graves de tuberculose ou d'infections aiguës pendant un mois, un mois et demi, et même deux mois consécutifs, aux doses journalières de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 ctgr., sans aucun phénomène d'intolérance et au grand bénéfice des malades, dont quelques-uns, porteurs de cavernes avec gargouillement, ont vu s'amender les signes stéthoscopiques et s'accroître leur poids ; et c'est pour nous un critérium bien préférable aux analyses quotidiennes du sang, des urines, ou des produits de la respiration de 1 kgr. par semaine.

Pour l'azote et le soufre, la question est aussi complexe que pour le phosphore et l'arsenic. Ces corps sont éliminés par l'urine à l'état d'urate, d'urée et de sulfate, comme à l'état de phosphate et d'arsenic minéral. A aucun moment, ces substances minérales ne sont fixées par les leucocytes ; elles sont en solution dans le plasma et passent dans l'urine. Elles constituent les derniers termes d'oxydation, soit des matières albuminoïdes (urée), soit des aliments ou médicaments soufrés ou phosphorés, soit les résidus de l'activité leucocytaire (acide urique). C'est précisément cette exagération de l'activité leucocytaire se traduisant par une augmentation d'acide urique excrété qui a permis à des théoriciens de considérer le sol arthritique comme réfractaire à la tuberculose. Nous devons en passant faire justice du traitement de la tuberculose par l'urée (25), substance de déssassimilation qui se trouve aussi inactive que les phosphates minéraux. Mais il ne faut pas oublier qu'une alimentation riche en viande fait croître les poids des phosphates et de la potasse dans le sang (26), c'est pourquoi la viande, facilement digestible, crue et finement pulpée, est un puissant agent reconstituant dans les maladies chroniques ; elle augmente aussi la proportion des sulfates. Nous voyons donc qu'une alimentation carnée, aidée surtout par la présence des sels de la viande, mais non exclusivement carnée qui serait toxique, provoque une augmentation des échanges phosphorés, sulfatés, azotés et potassiques ; par la présence de ces éléments dans l'urine avant et après le traitement on peut juger de la réaction défensive de l'organisme (26). Récemment, M. Landouzy et M. Huchard ont attiré l'attention sur les inconvénients de l'alimentation carnée provoquant la dyspnée toxi-alimentaire chez certains tuberculeux. On n'oubliera pas non plus que le repos doit, dans certains cas, s'ajouter au traitement phosphoré et à l'alimentation carnée ; car il faut économiser pour la lutte vitale le phosphore et l'azote dont l'excrétion est augmentée, à l'état de PO^4H^3 et d'urée, après le travail cérébral et musculaire (27).

(*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Hygiène scolaire : Les soins hygiéniques de la bouche et des dents à l'école.

Un de nos amis, M. le Dr Henri GOURICHON, médecin inspecteur des Ecoles de Paris, nous a adressé la lettre suivante au sujet de l'intéressant article du Dr A. Bozo, que nous avons publié dans notre dernier numéro.

Mon cher Secrétaire,

Dans l'article que vient de publier le *Progrès médical* du 16 juillet, notre confrère le Dr André Bozo prétend que « l'hygiène de la bouche et des dents est complètement négligée, aussi bien à l'école secondaire qu'à l'école primaire ». Je tiens à citer quelques faits faciles à contrôler, en ce qui concerne l'école primaire, laissant de côté l'école secondaire où il y a, en effet, des réformes à accomplir.

Depuis une vingtaine d'années, des spécialistes et des médecins avaient signalé à l'attention du conseil municipal l'utilité de faire des examens réguliers de la bouche des enfants et de créer des services spéciaux. La Direction de l'enseignement a envoyé, conformément à ces avis, à plusieurs reprises, des circulaires donnant des instructions aux médecins inspecteurs des Ecoles. A cela s'est borné le rôle de l'administration ; elle ne pouvait faire plus. Ces circulaires ne sont pas restées lettres-mortes, cependant. Certaines municipalités, des caisses des écoles de différents arrondissements, les ont mises en pratique en créant des services spéciaux. Actuellement, dans dix-neuf arrondissements, des soins de la bouche sont donnés aux enfants des écoles de la ville. Je citerai, entre autres, le XIIe arrondissement, qui a fondé ce service depuis plusieurs années et qui occupe le 3e rang, relativement à l'importance des opérations pratiquées et des soins donnés. Grâce au dévouement de MM. Ray et Boutelié, dentistes, la consultation a lieu tous les jeudis pour ne pas interrompre les classes ; elle est alimentée par les enfants reconnus malades au moment des inspections médicales ou au cours des consultations données au dispensaire. Pour certaines raisons, les enfants ne sont reçus qu'accompagnés par un membre de la famille.

C'est ainsi qu'en 1902, 1059 consultations gratuites ont été données par MM. Ray et Boutelié, et en 1903, 960 — soit 30 % sur la totalité des enfants amenés en consultation. Diverses causes empêchent que ces chiffres ne soient plus élevés : d'une part la répulsion qu'éprouve l'enfant pour se rendre chez le dentiste, et d'autre part l'insouciance et même la mauvaise volonté des parents. Il n'est pas rare, en effet, dans les quartiers pauvres, d'essuyer un refus formel, quand le médecin conseille à la famille de faire soigner la bouche d'un enfant. — Pour répandre les notions d'hygiène, des instructions touchant les soins de la bouche et des dents sont distribuées aux enfants qui doivent les conserver et les remettre à leur famille.

*

Ce que demande notre confrère existe donc déjà dans certains arrondissements où la population scolaire trouve gratuitement des soins d'ordre particulier. Les résultats en sont des plus encourageants, faciles à obtenir, peu coûteux et préférables, pour de multiples raisons, à la création de services spéciaux dans les hôpitaux, à l'établissement de fiches dentaires, aux conférences, etc. Le dispensaire scolaire d'arrondissement spécialement organisé, les conseils du maître ou de la maîtresse, l'examen du médecin-inspecteur, suffisent à la besogne.

Veuillez agréer, etc.

Dr Henri GOURICHON.
Médecin-inspecteur des Ecoles.

On ne reprochera pas au *Progrès médical* d'avoir jamais négligé les questions d'hygiène scolaire et, tout en reconnaissant le bien fondé des critiques de M. A. Bozo, nous pensons, avec M. le Dr H. Gourichon, qu'il n'est nullement nécessaire de créer de nouveaux services pour assurer l'examen et les soins de la bouche à l'Ecole. Que les caisses des écoles créent de leur propre initiative des consultations spéciales pour les enfants pauvres, nous ne saurions que les approuver; mais que l'on multiplie le service d'inspection d'hygiène des écoles en l'émiettant en de nombreuses spécialités, cela équivaudrait à le supprimer. Le médecin-inspecteur est capable de veiller à la santé des enfants confiés à sa surveillance. il n'a nul besoin de partager ses fonctions avec une multitude de spécialistes : ophtalmologistes, dermatologistes, orthopédistes, psychiatres, dentistes, etc., etc. Qu'à l'occasion, le médecin-inspecteur ait la faculté de demander conseil à un confrère spécialiste pour un cas exceptionnel, rien de mieux ; mais à cela doit se borner la spécialisation.

M. le Dr Siffre a démontré pratiquement qu'il était facile à un médecin d'acquérir en quelques leçons les notions suffisantes pour exercer à la campagne l'art dentaire. Il doit être encore plus facile au médecin-inspecteur d'école d'acquérir à fond les connaissances, assez restreintes, nécessaires à l'examen de la dentition des écoliers. Si la Faculté de Médecine de Paris a négligé jusqu'alors cet enseignement qu'elle eût pu facilement annexer à ses cliniques chirurgicales, l'initiative privée de nos confrères, maîtres en stomatologie, suffira à combler cette lacune. M. le Dr Siffre a donné le bon exemple, nous ne doutons pas qu'il ne soit suivi.

Qu'on laisse donc aux médecins-inspecteurs des Ecoles le soin de veiller à l'hygiène des écoliers. Ils suffiront à donner aux parents de bons conseils, même touchant l'hygiène de la bouche de leurs enfants. Les parents avertis auront la liberté de conduire leurs enfants chez le dentiste de leur choix. et s'ils sont indigents, ils pourront s'adresser aux consultations hospitalières ou aux nombreuses cliniques gratuites pour indigents que les Caisses des Ecoles pourront subventionner au besoin, mais il n'est pas nécessaire de créer de nouvelles consultations et de déprécier l'inspection d'hygiène scolaire en la segmentant à l'infini et en la rendant encombrante. Le mieux, ici comme ailleurs, est l'ennemi du bien (1). J. NOIR.

(1) Ce serait le cas de répéter ce que nous avons écrit il y a bien longtemps : l'enseignement à l'école, la médecine dans la famille pour les gens aisés, au dispensaire et aux hôpitaux pour les nécessiteux et les indigents.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 9 juillet.

Lésions des neuro-fibrilles dues aux toxines tétaniques.

M. MARINESCO a examiné par la méthode Ramon y Cajal la moelle de trois cobayes morts de convulsions tétaniques après injection de toxine sèche. La lésion des neuro-fibrilles porte essentiellement sur les cellules radiculaires et sur des cellules de cordons à fibrilles rouges ; quant aux cellules à fibrilles noires, elles sont peu ou pas altérées.

On trouve dans les cellules radiculaires des lésions très variables comme aspect et comme intensité. La plupart sont les stades différents du processus dégénératif des neuro-fibrilles. On constate ainsi la désintégration granuleuse des fibrilles, leur fragmentation, leur raréfaction, enfin leur dégénérescence. Toutes ces lésions se combinent. Mais dans quelques cellules on trouve comme lésion prédominante la fragmentation des fibrilles ou la dégénérescence granuleuse. La dégénérescence des neuro-fibrilles se continue dans les prolongements. Ces lésions sont-elles dues à l'action directe du poison tétanique ou bien proviennent-elles de la fatigue de la cellule? Cependant la fatigue la plus prolongée n'aboutit pas à des lésions aussi graves que celles ici décrites. Le tétanos, comme les poisons convulsivants, détermine des lésions d'usure.

Absorption de la graisse par les leucocytes.

M. RAMOND. — Toute graisse finement émulsionnée, injectée dans le péritoine des cobayes, détermine l'afflux de polynucléaires pseudo-éosinophiles, n'absorbant pas la graisse. Ils semblent préparer la voie aux mononucléaires qui apparaissent à la première heure, puis pullulent et en 24 heures remplacent les polynucléaires ; ils digèrent les graisses.

L'injection de la même graisse amène d'emblée la production de la mononucléose. L'organisme est comme vacciné par cette graisse. Le sérum d'animaux ainsi préparés confère le pouvoir d'absorber d'emblée la même graisse par leurs polynucléaires. Une autre graisse provoquerait la polynucléose.

Ces expériences permettent de déceler une adultération possible d'une graisse probable ; l'injection de certains sérums pourrait favoriser la digestion cellulaire d'une partie de la graisse qui encombre les tissus des polysarciques.

Pseudo-tumeurs : lésions du squelette d'origine parasitaire.

MM. CHARRIN et LE PLAY. — L'injection d'un champignon trouvé souvent sur les vignes phylloxérées, soit intra-péritonéale, soit sous-cutanée, a provoqué sous la peau et dans les séreuses, des nodosités de volume variable, allant jusqu'à un œuf de pigeon ; ces lésions rappellent la carcinose et sont constituées par le champignon enveloppé dans un tissu formé par des leucocytes et des éléments fibreux. Ce sont des pseudo-tumeurs de nature parasitaire et inflammatoire. On y retrouve le pigment noir que produit le parasite dans les cultures, ce qui rappelle la carcinose mélanique. On trouve aussi dans le squelette des nodosités costales. Les parasites très avides de sucre trouvent dans le foie un milieu de prédilection et en détruisant les éléments hydrocarbonés, ils produisent des acides qui attaquent le squelette.

Agglutination du streptocoque.

M. DELOT a agglutiné plusieurs échantillons de streptocoques et en particulier celui de la gorge chez les scarlatineux. Les résultats sont très variables et ne peuvent donner aucune valeur au séro-diagnostic des infections streptococciques.

Structure du chancre syphilitique.

M. BOSC (de Montpellier) indique que le chancre est constitué par une prolifération cellulaire pure, à la fois épithéliale et conjonctivo-vasculaire; d'autre part, les lésions épithéliales de la pustule syphilitique d'inoculation, présentent les modifications observées dans la vaccine, la variole, la clavelée et au plus haut degré dans le cancer. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 juillet.

L'hygiène à Madagascar.

M. Kermorgant, dans un intéressant rapport, étudie l'œuvre hygiénique du général Galliéni. Il montre tout ce que peut un homme énergique, agissant sans entraves, sur un terrain neuf, sans toute la gêne des vieux usages ni des commissions.

Au 1er janvier 1904, le service de l'assistance était assuré par : une école de médecine à laquelle est annexé un hôpital indigène, un institut Pasteur à Tananarive, un parc vaccinogène à Diégo-Suarez, une pharmacie centrale, 29 hôpitaux renfermant 1867 lits, 10 postes médicaux ou dispensaires, 17 maternités ou postes de sages-femmes, 7 léproseries.

Les établissements hospitaliers du service colonial et certains établissements privés lui prêtent également leur concours.

L'assistance médicale ne laisse rien à désirer dans les provinces du plateau central ; les dépenses qu'elle a occasionnées se chiffrent par un total de 1.019 042 fr. pour toute l'île. Des progrès très sensibles ont été réalisés dans les provinces des côtes est et ouest, mais il reste encore beaucoup à faire. Certaines provinces de la côte est doivent être dotées, à partir du 1er juillet de cette année, d'une organisation semblable à celle du plateau central ; une taxe de 1 fr. 50 par contribuable assurera ce fonctionnement. En 1903, l'assistance a permis d'hospitaliser 16.788 personnes, d'interner 3079 lépreux, de donner 1.023.425 consultations et de pratiquer 170.991 vaccinations.

La variole a presque entièrement disparu de Madagascar. Plusieurs épidémies de diphtérie ont été rapidement enrayées. L'impaludisme, plus tenace et plus grave, est combattu par des modifications apportées dans la culture des rizières (assèchement substitué à l'irrigation) et par des distributions gratuites de quinine.

La stovaïne.

M. Pouchet présente une étude très complète sur la stovaïne, son pouvoir analgésique très réel, mais exigeant le contact direct avec les filets nerveux, sa toxicité relativement faible. A très hautes doses, l'intoxication revêt deux formes. La forme analgésique avec hypothermie et sans paralysie est souvent mortelle.

La deuxième forme se manifeste par de l'agitation, du trismus, des crises, d'abord convulsives, puis toniques, qui se répètent jusqu'à la mort de l'animal.

La stovaïne est un poison du système nerveux tout entier. Les phénomènes déterminés expérimentalement prouvent que son action porte à la fois sur le bulbe les hémisphères cérébraux, le cervelet, la moelle, sans qu'on puisse dire dans quel ordre ces diverses parties sont frappées. Le maximum d'intoxication semble porter sur la moelle et le cervelet.

Traitement des névralgies par la stovaïne.

M. Huchard a étudié avec soin ce traitement. Les résultats sont très bons, dans la sciatique surtout. Mais il faut agir très près du nerf atteint. M. Huchard a en effet employé la stovaïne de trois façons différentes.

1° En injections hypodermiques. Ce procédé n'a donné aucun résultat ; les injections pratiquées trop loin du nerf sur lequel on veut agir n'ont aucune action analgésiante.

2° En injections profondes, interstitielles, dans l'épaisseur du muscle intercostal, au voisinage immédiat du nerf, par conséquent. Les résultats obtenus sont bons.

3° En injections épidurales dans le traitement de la sciatique. Ce dernier procédé a toujours donné des résultats excellents. Une des observations que rapporte M. Huchard concerne un malade atteint d'une sciatique rebelle remontant à dix-huit mois.

La dose employée dans ces injections épidurales était de deux centigrammes. Cinq injections ont suffi à la guérison et sans le moindre accident toxique.

Traitement des anévrysmes par la gélatine.

M. Gley attribue le pouvoir coagulant des injections, non à la gélatine, mais à la petite quantité de chlorure de calcium qu'elle contient. Il faudrait étudier séparément : 1° l'action du chlorure de calcium ; 2° celle de la gélatine décalcifiée.

Rapports de prix.

La séance comporte en outre plusieurs rapports de prix : prix Bourceret (M. Gley) ; prix Godard (M. Sevestre) ; prix Barbier (M. Fernet) ; prix Civrieux (M. Raymond).

Cure de la tuberculose pulmonaire et de la scrofule dans les établissements d'assistance méditerranéens.

M. Vidal (d'Hyères) expose les moyens prophylactiques et thérapeutiques généraux à opposer aux diverses formes de la tuberculose et passe en revue les divers établissements des rives de la Méditerranée au point de vue qu'offre chacun d'eux. Ces fondations proviennent de l'initiative individuelle; il faut espérer que les villes, les départements et l'Etat donneront à leur tour les ressources nécessaires pour étendre et fortifier l'armement antituberculeux.

Séance du 19 juillet.

Traitement de la diphtérie.

M. Hutinel étudie le traitement par le brome employé par M. Bascoul, médecin de colonisation en Algérie. Manquant souvent de sérum, M. Bascoul a donné le brome en potion (5 gouttes) et en gargarisme (20 ou 30 gouttes avec 5 gr. de brome dans 200 gr. d'eau.) Ce traitement paraît avoir donné quelques résultats.

Stomatite ulcéromembraneuse.

M. Kelsch fait l'histoire de cette maladie, épidémique jadis, et aujourd'hui sporadique, soit dans les hôpitaux d'enfants, soit dans l'armée. Peut-être l'angine fusospirillaire n'est-elle qu'une transformation de la stomatite ulcéromembraneuse.

M. le Président annonce la mort de M. Trasbot, le distingué professeur d'Alfort.

M. Chantemesse lit le discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, à l'inauguration du monument Pasteur.

M. Monod présente quelques observations sur la prothèse nasale par la paraffine. Il communique plusieurs résultats encourageants.

Elections.

MM. Ronald Rosse (Liverpool) et Weir Mitchell (Philadelphie) ont été élus membres correspondants étrangers (1re division, médecine). A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 juillet 1904.

Sur le traitement des rétrécissements dits syphilitiques du rectum.

M. Quénu.— Le traitement par la *dilatation* n'est possible qu'autant que la condition sociale du malade lui permet les soins de propreté de tous les instants.

L'anus iliaque constitue le traitement de choix. Il fait disparaître la suppuration due à la rectite et qui, par son abondance, épuise parfois les malades. On observe avec cette suppuration des accès fébriles en dehors de tout phénomène de péri-rectite et des arthrites à distance (genou, poignet). L'anus artificiel donne lieu quelquefois à de véritables résurrections. Il doit être suivi de lavages fréquents du bout inférieur.

Lorsque parfois cet anus fonctionne mal, on voit l'état des malades cesser d'être satisfaisant et l'on observe une recrudescence des phénomènes inflammatoires : des matières passent par le bout inférieur qu'elles irritent. Aussi est-on alors amené à fermer ce dernier et à établir définitivement l'anus iliaque.

L'*extirpation* ne saurait être qu'un traitement exceptionnel. M. Quénu présente une femme chez laquelle les autres traitements ayant échoué, après avoir établi un anus iliaque, il a pratiqué, selon le procédé de Segond, l'extirpation d'un segment de 12 centimètres. Au bout de 5 semaines, il n'y avait plus de suppuration, la muqueuse était redevenue simple et le sphincter avait recouvré une partie de sa toni-

cité. Après avoir attendu 5 autres semaines, M. Quénu a pratiqué l'occlusion de l'anus iliaque qui s'est fermé en 10 jours.

Fistule urétérale élevée guérie par l'abouchement rectal.

M. Chaput, en pratiquant l'ablation d'un énorme sarcome du bassin, réséqua très haut l'uretère droit adhérent à la tumeur.

L'implantation de l'uretère dans la vessie étant impossible, il fit la ligature de l'uretère dans le but d'atrophier le rein et draina le foyer par une incision sacrée. La ligature urétérale glissa au bout de deux jours et l'urine se fit jour par la plaie sacrée.

M. Chaput fit communiquer la fistule sacrée avec le rectum et dériva l'urine dans ce conduit. La plaie sacrée s'oblitéra rapidement et le malade guérit.

L'auteur estime que l'on ne peut compter sur la ligature atrophiante de l'uretère, mais que cette ligature a l'avantage de protéger la plaie contre le contact de l'urine pendant les deux premiers jours.

M. Chaput rappelle qu'il a opéré en 1903 une malade atteinte de fistule urétéro-vaginale à laquelle il a pratiqué l'abouchement de l'uretère dans l'S iliaque. Cette malade continue à se bien porter ; elle a plusieurs selles liquides par jour et ne présente pas de signes d'infection du rein.

Imperforation œsophagienne chez un nouveau-né. Gastrostomie. Mort.

M. Demoulin fait un rapport sur cette observation de M. Villemin, dont il n'existe que deux autres exemples dans la science. L'opération a été pratiquée le 7e jour après la naissance et l'enfant est mort 5 jours après. L'autopsie a montré : un bout supérieur fermé et un bout inférieur s'ouvrant dans la trachée. Ceci explique que le lait introduit dans l'estomac fut rejeté par le larynx. Chose intéressante, ces deux bouts n'étaient pas dans le prolongement l'un de l'autre.

Cancroïde de la région fronto-pariétale guéri par l'application des rayons X.

M. Monod présente la malade. L'examen histologique, pratiqué par M. Macaigne a donné : avant l'opération : épithélioma pavimenteux : après : rien que du tissu conjonctif.

L. Kendirdjy.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 juillet 1904.

Régime hyper et hypochloruré et l'hystérie.

M. Vincent résume l'étude qu'il avait faite de cette question. Voici en substance le résumé de ses conclusions. « Le chlorure de sodium absorbé en excès n'a pas seulement une influence fâcheuse sur la muqueuse stomacale, ainsi que je l'ai montré, et sur le filtre rénal. Il paraît encore aggraver l'état des sujets atteints d'affections essentielles du système nerveux telles que l'hystérie..... Le chlorure de sodium paraît même avoir la propriété d'évoquer des attaques d'hystérie chez les sujets atteints de l'affection à l'état latent. Sous l'influence du régime *hypochloruré*, les troubles stomacaux peuvent régresser, les attaques d'hystérie peuvent cesser... Le chlorure de sodium en excès paraît donc, à l'exemple de l'alcool, du plomb, du mercure, etc., se comporter comme un agent toxique, susceptible d'éveiller l'hystérie latente. Chez les hystériques avérés, il peut aggraver les troubles nerveux déjà existants. Enfin chez ceux qui sont en même temps hyperchlorhydriques, le régime alimentaire hypochloruré amène une détente sensible des symptômes gastriques et peut être un adjuvant précieux au traitement général.

Rhumatisme chronique ankylosant.

MM. Barbier et Français (II) présentent un malade de 7 ans atteint de rhumatisme chronique ankylosant dont le début remonte à six mois, qui s'est généralisé à toutes les articulations amenant des positions vicieuses, des déformations. La radiographie montre l'intégrité des os. Ce rhumatisme paraît un rhumatisme tuberculeux.

Kyste médian du cervelet.

MM. Menétrier et Gauckler présentent une observation avec autopsie. Les auteurs, en résumant le cas, attirent l'attention : sur le mécanisme de l'hydropisie ventriculaire existant dans ce cas et s'expliquant par la compression de la veine de Galien et de l'aqueduc de Sylvius ; sur la nature vraisemblablement congénitale de la tumeur que l'examen histologique montre non néoplasique, et pourvue en certains points d'une paroi cellulaire propre, qui fait penser qu'il s'agit là d'un kyste analogue à ceux décrits par Bland-Sutton et où une malformation congénitale des diverticules latéraux, du quatrième ventricule, était en jeu ; enfin, sur l'indifférence de la chute qui se faisait tantôt à droite, tantôt à gauche, mais jamais en arrière. Il y a là un signe de localisation médiane de la tumeur qui pourrait, le cas échéant, fixer le lieu d'une intervention chirurgicale.

Splénomégalie chez un enfant.

MM. L. Guinon, E. Rist, L.-G. Simon présentent une fillette de dix ans atteinte depuis plusieurs années d'une splénomégalie considérable. Son apparition a été précédée d'un subictère chronique. Le foie n'est pas augmenté de volume : il s'agirait donc non d'une maladie de Hanot, mais plutôt d'un ictère chronique avec splénomégalie.

Les sels et les pigments biliaires se retrouvent dans les urines et dans le sang ; la résistance lobulaire est augmentée, ainsi que le pouvoir protecteur du sérum, contre l'action hémolytique des sels biliaires.

Pour les auteurs, la splénomégalie est fonction de la cholémie. C'est une réaction d'immunisation biliaire, selon la théorie émise par MM. Piot et Ribadeau-Dumas. L'enfant présente encore de la polyglobulie. Celle-ci atteint son maximum au moment des poussées d'ictère. Ceci paraît être en faveur du processus d'immunisation invoqué par les auteurs.

B. Tagrine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 5 juillet 1904.

La réclame médico-pharmaceutique (Suite de la discussion).

MM. Leredu et Rocher, discutant les idées que M. Jacomy a développées dans la dernière séance (1), maintiennent leur opinion que la réclame médico-pharmaceutique sous toutes ses formes constitue l'exercice de la médecine et que par conséquent les auteurs de cette réclame, s'ils ne sont pas diplômés, commettent le délit d'exercice illégal prévu par l'article 16 de la loi de 1892.

M. Jacomy, de son côté, soutient que cette conception est contraire à la loi : en effet, aux termes de cet article 16, il faut, pour constituer le délit d'exercice illégal de la médecine, une participation directe et habituelle au traitement des maladies. Or, on ne peut voir dans ces annonces le rapport direct entre le lecteur et le prétendu médecin ; il y a là une simple proposition que le lecteur est libre d'accepter ou de refuser, et qui n'a pas l'autorité ni la valeur d'une consultation médicale vraie. Enfin, dans bien des cas, il manque l'habitude, c'est-à-dire la répétition du même acte ; en vain objectera-t-on que le fait d'habitude est créé par la multiplicité des lecteurs, une décision juridique rendue à propos d'une récente affaire de mœurs ayant spécifié qu'un seul fait ne constitue pas l'habitude, même lorsqu'il a plusieurs spectateurs. La loi de 1892 n'atteint donc pas la publicité médico-pharmaceutique dont le cas demande une disposition spéciale. Si l'on trouve des parquets pour en poursuivre les auteurs, il n'y aura pas de juridiction correctionnelle pour les condamner.

M. Brouardel, à propos de la prétendue innocuité de certains remèdes qui font l'objet de ces réclames, fait remarquer que tous ne sont pas inoffensifs et que plus d'un a tué son homme ; d'autres, par contre, ne contiennent fort heureusement rien du tout.

M. Démange appuie les considérations de M. Jacomy : il y

(1) Voir *Progrès médical* du 25 juin, p. 427.

a une lacune dans la loi et il propose que la Société de Médecine légale en saisisse le gouvernement et l'invite à étudier les moyens d'étendre les dispositions de l'article 16 aux formes dangereuses de la réclame médico-pharmaceutique. — La prochaine séance en novembre. Dr F. Tissot.

CONGRÈS D'HYGIÈNE SOCIALE

(Arras 17-19 juillet).

La séance d'ouverture du premier congrès national d'hygiène sociale a eu lieu à Arras le 17 juillet, à trois heures, sous la présidence d'honneur de M. Casimir-Périer, président général de l'Alliance d'hygiène sociale, et de M. Victor Dubron, président du comité du Nord. A cette séance, assistaient le préfet du Pas-de-Calais, MM. Mabilleau, président de la Fédération nationale de la Mutualité ; Pr Brouardel ; Vel-Durand, conseiller d'Etat ; Poiry et Ambroise Rendu, conseillers municipaux de Paris ; Fuster, secrétaire général de l'Alliance d'hygiène sociale, etc. Le discours d'ouverture a été prononcé par M. Victor Dubron. L'assemblée a abordé la question de la lutte sociale contre la tuberculose. M. Leune, inspecteur d'académie du Pas-de-Calais, a parlé de la tuberculose à l'école et dans l'enseignement et a fait adopter un vœu tendant à conserver aux instituteurs tuberculeux, pendant la durée de leur congé, l'intégralité de leur traitement et à obtenir de larges subventions de l'Etat pour l'Œuvre des sanatoriums des instituteurs.

M. Edouard Fuster a exposé la question de « la lutte antituberculeuse et l'assurance ouvrière ». Le vœu suivant a été adopté à l'unanimité :

Le congrès, convaincu que la meilleure façon de lutter contre la tuberculose est de multiplier les œuvres de préservation et d'hygiène, émet le vœu que les sociétés et les unions de sociétés de secours mutuels prennent une part active à la lutte antituberculeuse en coopérant à l'entretien des dispensaires spéciaux, notamment par l'institution d'une cotisation de réassurance antituberculeuse.

Le lendemain 18 juillet, M. Calmette a examiné le problème des eaux résiduaires et de leur épuration bactérienne. Il a exposé les expériences qu'il a reprises à La Madeleine-lez-Lille. Ces travaux, les membres du Congrès iront les visiter à l'issue du congrès.

Le docteur Panel, directeur des services d'hygiène de Rouen, a fait donner des primes de 10 et 20 francs à ceux qui signaleraient au conseil d'hygiène les cas de fièvre typhoïde éclatant dans le périmètre des sources qui alimentent Rouen. Ce système aurait eu d'excellents résultats,

M. le docteur Bordas s'est étendu sur la mortalité infantile, conséquence des falsifications du lait. Plus de 80.000 enfants meurent avant la fin de leur première année, à la suite de l'ingestion de laits falsifiés. Le mouillage, l'introduction dans le lait d'antiseptiques tels que l'acide borique, l'eau oxygénée, les matières colorantes, l'écrémage partiel ou complet, sont les moyens les plus usités. La statistique municipale de Paris constate que, sur 150 prélèvements de lait, 40 sont bons, 45 médiocres, et les autres mauvais.

1° On ne devra considérer comme lait et vendre comme tel que le lait entier, c'est-à-dire un lait provenant de la traite complète et fourni par des animaux sains ;

2° Les sous-produits de l'industrie laitière, tel que le lait écrémé, demi-écrémé, lait centrifugé, lait pauvre, ne doivent pas être utilisés pour l'alimentation des nouveau-nés, des malades et des vieillards ;

3° Ces sous-produits représentent évidemment une valeur alimentaire qu'on ne peut négliger, mais on ne devrait pouvoir les mettre en vente que dans des boutiques spéciales ;

4° Les antiseptiques, conservateurs, etc., *quels qu'ils soient*, seront interdits pour la conservation du lait ;

5° Sur la voie publique ou dans les boutiques vendant du lait pur, ne pourra être mis en vente tout lait contenant moins de trente grammes de beurre par litre.

M. Ambroise Rendu fait connaître une œuvre qui rend des services considérables à la population parisienne. La mortalité infantile à Paris représente 7 à 8,000 décès par an sur 35,000 naissances, MM Rendu, Bordas, Paris, Pannelier et Brousse ont créé l'Œuvre sociale du bon lait, qui distribue dans trente dispensaires, situés dans les quartier populeux de Paris, du lait pur. Ce lait, passé à travers des tamis métalliques, filtré, pasteurisé, est vendu à 20 centimes le litre, et peut être débité par demis et par quarts, ce qui permet à la mère pauvre d'acheter une « tétée » de bon lait pour un sou.

Au début de l'Œuvre, c'est-à-dire en juillet 1903, on distribuait 10.135 litres par mois. Aujourd'hui on en distribue 330.680 litres.

Le 19 juillet, au soir, M. Millerand a prononcé le discours qui a clôturé le Congrès.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Commentaires et critiques médico-légales, concernant les modifications proposées par la Commission du Sénat à la loi du 9 Avril 1898, relative aux accidents du travail *(suite)* (1) ;

(Rapport au Sénat, 1903.)

Par le Dr V. **THÉBAULT**

Docteur ès-Sciences, Ex-préparateur à la Faculté de Médecine de Paris.

« Or, l'enquête à laquelle nous nous sommes livrés nous a démontré que certains chefs d'entreprise ont émis la prétention que, si parmi les victimes d'accidents se trouvaient des individus inscrits sur la liste des indigents ou seulement profitant du bénéfice de l'assistance médicale gratuite, les établissements hospitaliers qui, en dehors de la loi de 1898, devaient l'hospitalisation à cette catégorie de blessés indigents, n'avaient pas plus droit à une indemnité pour les soins à donner en matières d'accidents professionnels que pour les soins donnés à toutes autres maladies par eux traitées gratuitement ; qu'autrement la loi serait pour les établissements hospitaliers l'occasion d'un bénéfice injustifié.

« Pour repousser cette prétention des chefs d'entreprise, les établissements hospitaliers répondaient : « En matière d'accidents professionnels il était dans l'usage de tenir compte aux établissements hospitaliers des frais d'hospitalisation, pharmaceutiques, médicaux et chirurgicaux. Les ouvriers victimes d'accidents professionnels, indigents ou autres devaient être classée dans une catégorie absolument spéciale pouvant être appelée : *Catégorie des victimes d'accidents professionnels* et dont une loi exceptionnelle met la responsabilité à la charge des chefs d'entreprise ; autrement ces derniers, sous prétexte de distinction à faire entre les ouvriers indigents victimes d'accidents et les autres ouvriers échapperaient trop facilement aux responsabilités que la loi avait entendu mettre à leur charge exclusivement.

« On a dit aussi que les patrons poussaient leurs ouvriers vers l'hospitalisation, pour diminuer d'autant le prix du traitement mis à leur charge.

D'un autre côté, on a prétendu que les conseils d'administration de certains hôpitaux de province établissaient des tarifs spéciaux pour le traitement des blessés et prétendaient en outre à des prix de journée atteignant cinq francs ; que, dans ces mêmes localités et dans d'autres, les médecins opérant à l'hôpital réclamaient des honoraires s'élevant à 300, 500 et 800 fr. ; que des pharmaciens fournissant des hôpitaux de province réclamaient le prix de leurs médicaments en plus du prix d'hospitalisation exigé par l'administration hospitalière.

« A ce propos, et comme considération entrant dans le même ordre d'idées, nous croyons qu'il n'est pas inutile de rappeler qu'aussitôt la mise en application de la loi de 1898, l'Assistance publique requit des chefs d'entreprise la somme de cinq francs par journée d'hospitalisation de leurs ouvriers. Des protestations

(1) Voir *Progrès médical* du 9 avril 1904, page 238.

s'élevèrent qui tendaient principalement à ce que la somme représentative des frais médicaux et pharmaceutiques fût exigée au lieu de celle de cinq francs qui comprenait toutes les dépenses de logement, nourriture et entretien, faisant, disait-on, un double emploi évident avec l'indemnité temporaire.

« Ces protestations auraient été entendues et l'administration de l'Assistance publique aurait réduit à 2 fr. 50 le prix de cinq francs réclamé au début (1), reconnaissant ainsi que le surplus ne pouvait incomber ni au patron, tenu seulement aux frais médicaux et pharmaceutiques, ni à l'hospitalisé considéré comme indigent (2).

Tout ce long préambule n'a d'autre but que celui de mettre la question au point et de permettre à l'honorable Rapporteur de formuler les désirs de la Commission sénatoriale. Avant de le suivre dans cette voie, nous nous permettrons de faire remarquer qu'il y a erreur de sa part lorsqu'il dit : « En matière d'accidents professionnels il était dans l'usage de tenir compte aux établissements hospitaliers des frais d'hospitalisations pharmaceutiques, médicaux et chirurgicaux. etc... »

On payait simplement une somme de 5 fr. (à Paris du moins), représentant pour les services de chirurgie les frais généraux matériels. Quant au chirurgien, les sommes qu'il touche chaque année à l'Assistance publique sont si considérables qu'il est permis de dire qu'il donne *gratuitement* ses soins aux hospitalisés (3). Qu'il y ait une catégorie spéciale concernant les accidentés du travail, c'est parfait, puisque l'on ne saurait, dans un aucun cas, les considérer comme des indigents, contrairement à l'avis émis plus loin par le Rapporteur. C'est parce qu'ils étaient pénétrés de cette idée qu'un groupe de confrères, ayant à leur tête les docteurs Bousquet et Lande, ont mené, depuis deux ans, une campagne dont le but est de faire rémunérer les chirurgiens des hôpitaux des soins qu'ils donnent aux malades des établissements hospitaliers et des opérations qu'ils pratiquent sur eux. Des gens mal informés ont dit, et c'est erreur de les croire, que les patrons, — lisez *assurances*, — poussaient leurs malades vers l'hospitalisation, par raison d'économie. Les Compagnies d'assurance comprennent trop bien leurs intérêts pour confier leurs malades à l'hôpital quand elles peuvent s'en dispenser. Ce n'est que devant un fait acquis et lorsqu'elles ne peuvent agir autrement qu'elles acceptent le séjour hospitalier ruineux pour elle à tous les points de vue. Cela est si vrai que, toutes les fois que la victime y consent, elles la placent dans une maison de santé. Je pourrais, à chaque instant, montrer aux incrédules des malades auxquels je donne mes soins dans des maisons spéciales dont les assurances payent les frais.

Ces quelques digressions terminées, continuons la lecture du rapport :

« Le chef d'entreprise est tenu, dans tous les cas, à la totalité des frais d'hospitalisation. « Ils sont donc tout entiers à la charge du chef d'entreprise, de sorte que, de ce chef, on pourrait dire que le principe forfaitaire et transactionnel de la loi de 1898 est encore une fois de plus méconnu. »

« Sans rejeter absolument cette nouvelle aggravation de charges pour le chef d'entreprise, nous nous sommes demandés s'il ne serait point possible de l'atténuer dans une certaine mesure. »

« En effet, les frais d'hospitalisation comprennent deux éléments :

1° Les frais d'entretien et de nourriture ; 2° les soins médicaux. Si donc tous les frais d'hospitalisation sont à la charge du chef d'entreprise, l'ouvrier reçoit l'hospitalisation gratuite et la totalité de l'indemnité ; de sorte que le chef d'entreprise paye une seconde fois les frais d'entretien et de nourriture auxquels le demi-salaire a précisément pour but de subvenir. L'ouvrier hospitalisé se trouve ainsi privilégié par rapport à celui qui ne le serait pas, puisqu'il recevrait une indemnité qui serait pour lui une véritable prime, n'ayant à supporter pendant cette période d'hospitalisation aucune dépense, tandis que le non hospitalisé aurait à pourvoir à sa nourriture et à son entretien. Ne serait-il pas plus juste, au contraire, de déduire de l'indemnité temporaire du blessé hospitalisé la partie des fonds d'hospitalisation correspondant à l'entretien et à la nourriture ? Mais au moins et subsidiairement, comme à titre de conciliation encore toute favorable à la victime de l'accident, ne serait-il pas de l'équité la plus élémentaire de *limiter* les frais d'hospitalisation et d'essayer de *mettre ainsi un frein aux prétentions excessives soit des établissements hospitaliers, soit des médecins.*

« Et ce serait, en même temps, tenir compte, dans une large mesure, de cette raison toute de sentiment, consistant à dire : que l'indemnité étant destinée à remplacer, pendant le chômage, le salaire du blessé, il lui serait extrêmement difficile de subvenir aux besoins de sa famille, si d'un salaire déjà réduit de moitié on retranchait encore les frais d'hospitalisation.

C'est donc à une solution toute de conciliation que nous avons cru devoir nous arrêter. et voilà pourquoi nous vous proposons d'insérer dans l'article 4 la disposition suivante :

« Le chef d'entreprise est tenu, dans tous les cas, en outre des obligations contenues en l'article 3, aux frais d'hospitalisation, jusqu'à concurrence de 1 fr. par jour, *tout compris*, conformément à la loi sur l'assistance médicale gratuite ; cette somme sera portée à 2 fr. 50 à Paris, et à 2 fr. dans les villes au-dessus de 100.000 habitants. »

Une fois encore je ne saurais, sans récriminer, suivre le Sénat dans cet ordre d'idées. En effet, j'y vois bien discuter la question de subsistance de la victime, ce qui est très légitime, mais je n'y vois nulle part qu'il soit question du médecin, si ce n'est pour l'accuser d'*excessives prétentions.* Quant à ses honoraires on n'en parle pas. Il est évident que, sur un salaire égal à la moitié du salaire accoutumé, donné uniquement à titre de secours, afin d'éviter que l'homme ne soit sur la paille pendant tout le temps que durera sa blessure, s'il fallait encore prélever des frais médicaux et pharmaceutiques et même d'hospitalisation, il ne resterait pas grand chose.

Ces frais sont donc à la charge du patron dans tous les cas. Or, ce dernier transigera toujours avec son médecin, mais il en sera souvent tout autrement si le médecin n'est pas en même temps celui de l'ouvrier. Il y aura procès. C'est inévitable. Le patron plaidera sous prétexte qu'il paye trop ; le médecin plaidera sous prétexte qu'on lui offre trop peu. Qui tranchera le différend ? Le juge de paix ? Sur quel tarif, s'appuyera-t-il ? Je ne reviens pas sur ce point, à propos duquel j'ai donné plus haut mon sentiment, mais j'insisterai sur cette ligne du rapport fixant à 1 fr., 2 fr. et 2 fr. 50 *tout compris*, les frais d'hospitalisation.

Dans ce *tout compris*, la Commission sénatoriale enferme-t-elle les deux éléments : Nourriture et entretien, d'une part, honoraires médicaux, de l'autre, ou bien le premier seulement ? Si le premier seul est visé, que devient le médecin (1) ? On l'appelle et puis on le remercie ensuite avec ou sans coup de chapeau. Peut-être devra-t-il laisser une trace monétaire de son passage ? Si les deux sont visés, le médecin n'est pas près de s'enrichir. Et tout cela pour *limiter nos prétentions excessives !* Que serait-ce donc si nous n'avions pas de prétentions ? J'en ris parce que la méprise est si grande et si visible que le Sénat — espérons-le — ne saurait, sans afficher un parti pris évident, approuver l'erreur de sa commission et la suivre dans cette voie. Que l'on fixe à 2 fr. 50 les frais d'entretien et de nourriture, je n'ai pas qualité pour savoir si la somme est suffisante et satisfera l'hôpital, mais pour nos maisons de santé, il en est tout autrement. C'est méconnaître les ressources et les besoins de l'ouvrier qu'adopter un tel chiffre. Cette somme me semble en effet trop minime. Si elle est insuffisante, c'est au contribuable qu'incombera la charge de parfaire la différence si l'hôpital n'est pas assez rémunéré, d'où nouveaux centimes additionnels sur les feuilles de contributions.

(1) Par décision de M. Mesureur directeur de l'Assistance publique, à Paris, en date du 25 janvier 1904, le prix de la journée pour les accidentés du travail a été porté à 5 fr. (*Bull. offic. de l'Union des Synd. méd. France*, 5 fév. 1904, p. 55).

(2) Consultez à ce sujet le rapport de Sébileau, *Revue de déontologie*, nov. 1903, p. 74 et les nombreux articles publiés dans les bulletins des Syndicats médicaux.

(3) *Ce traitement est de 1200 fr. par an* (a).

(a) Dauchez. — L'hospitalisation des accidentés du travail. *Th. Paris*, 1903, p. 99.

(1) Dans ces 2 fr. 50 quelle est la part qui revient au chirurgien ? Comment sera-t-il honoré ? Sébileau s'est un peu trop désintéressé de cette question dans le rapport que j'ai déjà cité.

§ 4. « *Au cours du traitement, le chef d'entreprise pourra désigner au juge de paix son représentant ou le médecin de son choix appelé à le renseigner hebdomadairement sur l'état de la victime hospitalisée ou non. Le juge de paix remettra au dit représentant ou médecin un visa lui permettant d'avoir un libre accès hebdomadaire auprès de la victime.* »

Le Sénat a eu raison de remplacer la visite mensuelle par la visite hebdomadaire du médecin du patron, dûment autorisé par le juge de paix.

Il est d'autant plus juste que le patron qui paye ait le droit de contrôle, que bien souvent ce contrôle n'est pas inutile.

J'ai eu derniérement à donner mon avis sur le fait suivant : un individu blessé va, chez le médecin de l'assurance, à 6 heures du soir, et, ne le trouvant pas, déclare à son patron qu'il se fera soigner par un médecin de son choix. Il s'agissait, en l'espéce, d'une piqûre au doigt. Quelque temps auparavant, un accident analogue s'était réglé par une indemnité assez forte versée à la victime, camarade du blessé, travaillant dans le même atelier. Donc, notre homme, amadoué par l'appât du gain, ne va voir personne, prétend à son patron que le médecin traitant a fourni à l'assurance toutes les piéces utiles, conformément à la loi, et attend l'apparition d'un phlegmon provoqué d'ailleurs par de copieuses applications de cataplasmes de toute sortes. L'homme avait compté sans sa femme qui s'en vint reprocher l'absence de médecin au patron qui, mis en éveil, avertit aussitôt l'assurance qui me confia l'affaire. Mis en demeure de m'indiquer le confrére qui lui avait donné des soins, afin que je puisse m'aboucher avec lui, l'ouvrier le prit d'abord de très-haut. Sa femme alors m'avoua qu'il n'avait appelé personne. Seul le confrère chez lequel il s'était rendu le premier jour avait eu sa visite. Or, comme il n'avait pas eu, cela se conçoit, la bonne fortune de le rencontrer à 6 heures du soir, et comme il n'avait laissé ni son nom, ni son adresse, cette démarche était nulle.

On le voit, l'ouvrier a quelquefois besoin d'être tenu en laisse et je dirai même en laisse très-serrée ; s'il y a parmi eux, et c'est la majorité, des gens dignes de tous égards, il y a une moyenne de 8 à 10 % avec lesquels on ne saurait prendre trop de précautions.

L'ouvrier doit parfois être surveillé.

S'il est juste de lui laisser le libre choix de son médecin, il est juste également de contrôler non pas le traitement du confrère, entendons-nous bien sur ce point, mais la façon dont le malade applique le traitement ordonné. Et puis. si le confrère est embarrassé, j'ai vu le cas se présenter, il y a là un consultant gratuit tout trouvé et très au courant, les médecins des patrons, *alias* assurances, ayant aujourd'hui fait leurs preuves avant d'être agréés par les compagnies.

***

L'article 11, d'après le rapport du Sénat que j'ai sous les yeux, dit qu'à la déclaration de l'accident au maire de la commune, doit être joint un certificat médical « *indiquant l'état de la victime, les suites probables de l'accident et l'époque à laquelle il sera possible d'en connaitre le résultat définitif.*

Revenant sur ce point l'article 12 ajoute :

« *Lorsque, d'après le certificat médical, la blessure parait devoir entrainer la mort ou une incapacité permanente absolue ou partielle de travail, le Maire transmet immédiatement copie de la déclaration et le certificat médical au juge de paix du canton où l'accident s'est produit.*

Dans les 24 heures de la réception de cet avis, le juge de paix procède à une enquête à l'effet de rechercher :

1° *La cause, la nature et les circonstances de l'accident ;*

2° *Les personnes victimes et le lieu où elles se trouvent ;*

3° *La nature des lésions ;*

4° *Les ayants-droits pouvant, le cas échéant, prétendre à une indemnité ;*

5° *Le salaire quotidien et le salaire annuel des victimes.*

Enfin il est dit à l'article 13, § 3 ».

Lorsque le certificat médical ne lui paraîtra pas suffisant, le juge de paix pourra désigner un médecin pour examiner le blessé.

Avec cette question du certificat médical apparaît celle du secret professionnel. On sait que l'article 378 du C. P. dit que tout médecin qui dévoilera ce qu'il a pu connaitre, du fait de sa profession, est passible d'une amende ou d'un emprisonnement. Il ne suffit pas que le praticien ait agi sans intention de nuire. Le jugement du tribunal de la Seine (*11 mars 1885*), en condamnant le Dr Watelet qui avait dévoilé au journal *Le Matin* les causes de la mort du peintre Bastien Lepage qu'il avait soigné, montre l'intransigeance de la Justice sur ce point. Si l'intention de nuire est patente, la faute s'aggrave aux yeux du Tribunal. (*Trib. Seine,* 11 *mars 1864.*) La loi est donc formelle et le silence professionnel est non seulement un droit, mais encore un devoir (1). La loi cependant est contradictoire. L'article 30 du C. I. crim. invite les citoyens à dénoncer ce qu'ils ont vu, et les controverses peuvent surgir dans le prétoire. Le procureur de la République, s'appuyant sur l'art. 30 C. I. crim., exigera que le médecin parle, tandis que ce dernier, s'appuyant sur l'art. 378 du C. pénal, exigera qu'on le laisse en paix et se refusera à parler. Si le médecin ne peut (*art. 80 C. crim.*) se dérober (*C. cassat.* 26 *juillet* 1845), et s'il ne peut non plus se refuser à prêter serment (*aff. Berrut* in *Vibert, p.* 793), il peut toujours. à l'exemple du Dr Cazeaux, émettre, devant le tribunal, l'avis qu'il « *considère comme confidentiel,* » les faits portés à sa connaissance. La formule : « *Je considère comme confidentiel,* dit Vibert, sauvegarde tous les intérêts du client du médecin ; dire formellement qu'il y a eu confidence serait avouer qu'il y a eu un secret important à cacher ».

J'estime qu'admettre cette subtilité, c'est jongler avec les mots et adopter une casuistique qu'il faut laisser à d'autres. Le médecin est un homme scientifique qui ne saurait, en aucun cas, se contenter d'à peu près. Un fait est ou n'est pas. La loi oblige ou n'oblige pas au secret professionnel. Le métier que nous exerçons est trop exposé le plus souvent pour que nous puissions nous en remettre à l'appréciation d'un homme susceptible de se tromper ou de se laisser entraîner par des sentiments personnels. La loi doit être, en quelque sorte, mécanique, et, s'il est logique de laisser, la plupart du temps, un large champ d'interprétation au juge, il est nécessaire parfois de donner à la loi des limites mathématiques qui déterminent nettement son application et empêchent ainsi, sinon des abus, du moins de simples froissements.

En résumé, le médecin est toujours tenu de déférer aux désirs de la Justice lorsqu'on l'appelle en témoignage, mais il n'est pas tenu de dire ce qu'il sait, à la condition expresse qu'il soit assez adroit pour trouver une formule qui permette à dame Thémis de supposer qu'on ne lui refuse rien. C'est une grotesque coquetterie féminine que vient encore aggraver la loi du 9 avril 1898.

Là, en effet, plusieurs points se posent à elucider.

1° Le confrère appelé près d'un blessé du travail peut-il se récuser et refuser de répondre à l'appel ?

Nous pensons que si, par humanité, il répond toujours, il n'en possède pas moins la faculté légale de se dérober ; car nul n'est tenu de déférer à l'appel d'un simple particulier. (*Cassat. 29 fructidor, An X ; 4 juin* 1830) (2). Le cas a été prévu puisqu'à la date du 7 février 1900, le comité consultatif des assurances contre les accidents du travail émettait l'avis :

« Qu'en cas de refus de certificat médical par les médecins voisins du lieu de l'accident, le chef d'entreprise astreint à la déclaration prévue par l'article 11 de la loi du 9 avril 1898, doit demander au juge de paix désignation d'un médecin par justice pour l'établissement du certificat légal, par analogie avec les dispositions du 3e alinéa de l'article 13 de la loi susvisée et par application de l'article 23 de la loi du 30 novembre 1892. (*Semaine Médicale.*) » (3).

Or, on sait qu'en ce cas : Tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de la justice sous les peines portées à l'art. précédent. (4). (*Loi du 30 octobre 1892 sur l'exercice de la méd. art.* 28 ; *art.* 9. 43. 44. 48. 49. 50 *et* 59 *C. Instr. Crim. et art.* 81, C. c.)

Tout médecin français ou étranger naturalisé est tenu de se soumettre à la loi. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'un certificat. on tolère qu'il soit signé par un médecin étranger exerçant

(1) Vibert. Médecine légale, p. 77.
(2) Floquet. Guide pratique des honor. médicaux. p. 242, 1898.
(3) *Sem. méd.* in *Repert. médc. chirgie.* 1900. *Mars, N° 3, p.* 10.
(4) Vibert. Précis de méd. légale 1896, p. 6.

en France, attendu, suivant l'avis de la société de Médecine légale, du 16 mars 1896, que le certificat n'est produit qu'à titre de « renseignements ». Le juge, dans ce cas, l'apprécie et en fait tel état que de raison. (1)

Une réflexion surgit immédiatement à l'esprit. Qu'entend la justice par « renseignement » ? Les renseignements sont-ils considérés comme choses confidentielles ou comme choses non confidentielles ? Dans le premier cas, le médecin est lié par l'article 378. C. P., dans le second, il est libre, mais il faut absolument qu'un texte renseigne à cet égard et définisse exactement ce qu'on entend par renseignements.

Il faut absolument nous apprendre la différence qui existe entre un *renseignement* écrit de cette espèce et un *rapport* qui, à mes yeux, n'est qu'un renseignement très développé. Exemple : Je soussigné etc..... certifie que M. X est atteint de syphilis.

Voilà le certificat, voilà le renseignement.

Je soussigné etc.., ai observé chez M. X...... des ganglions, des macules, des taches sur la peau... Sur le pénis une érosion présentant les caractères suivants.... (Description très détaillée du chancre). D'après les renseignements fournis, M. X.... semble avoir contracté sa maladie dans les conditions suivantes : (Description étiologique). La maladie a jusqu'aujourd'hui évolué de la façon suivante : (Description de l'évolution des symptômes).

Le pronostic est..... et la maladie est une syphilis.

Voilà le rapport.

Or, rapport et certificat se résument l'un et l'autre en une seule phrase : M. X. a la vérole.

Et l'on veut que, pour avoir dévoilé ces faits, je sorte indemne de l'affaire, dans le premier cas, sous prétexte qu'il y a certificat et renseignement, tandis que je serai, avec justice, condamné, dans le second, sous prétexte qu'il y a rapport. C'est un raisonnement par trop casuiste pour que ma logique scientifique l'admette. A mes yeux, il y a dans les deux cas violation du secret professionnel, et la condamnation qui me frappera sera méritée. Je veux bien admettre que, pour les cas concernant la loi de 1898, les conséquences sont moins graves que dans le cas pris comme exemple, mais, je le répète, la loi est une : le médecin est ou n'est pas lié par le secret. S'il est lié qu'il se taise. S'il n'est pas lié qu'il parle. C'est logique et malheureusement logique ne saurait s'accorder avec métaphysique.

A mes yeux le médecin doit se taire. Il doit refuser de délivrer le certificat exigé par la loi.

Cette délivrance devient alors le monopole d'un petit groupe de confrères, attachés au tribunal qui les commet toutes les fois que besoin est. C'est un privilège qu'il est facile d'éviter, nous verrons comment un peu plus loin.

(*A suivre*).

BIBLIOGRAPHIE

Médecine légale et jurisprudence médicale : par H. Bergeron. (Maloine, éditeur, Paris.)

Dans un in 8° de 400 pages, qui continue une collection commencée il y a plusieurs années, le Dr Bergeron rassemble tous les principaux travaux, rapports, jugements, parus pendant l'année 1903 qui, à des titres divers, professionnel ou juridique, peuvent intéresser le médecin et le magistrat

On y trouvera une étude du Dr Lutaud sur l'*annulation religieuse du mariage au point de vue médico-légal* — ; une analyse de la thèse de doctorat du Dr Poireau sur la *mort subite par inhibition* ; — deux travaux documentés du Dr Stoenescu sur *quelques cas de mort subite*, et sur la *mort par le froid*;—la technique de la *diagnose du sang humain* en *médecine* légale, par le Dr Leblanc ;—du Professeur Renter, les *signes anatomo-pathologiques de la mort par suffocation*, etc.

La partie professionnelle comprend d'excellents articles sur diverses questions d'assurance (Lutaud, Tissier, Norton) et de pratique médicale (responsabilité, secret professionnel, exercice illégal de la médecine).

(1) Ch. Floquet. Code prat. des honor. méd. 1898, p. 247.

D'intéressants problèmes d'hygiène et de prophylaxie sont abordés et étudiés aux points de vue de la protection et de la mortalité de l'enfance, du mariage, etc. Enfin quelques documents historiques viennent jeter une note gaie dans ce livre, ce qui est loin d'en diminuer l'intérêt.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1904; par H. Bocquillon-Limousin (J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille).

Le *Formulaire* de Bocquillon-Limousin qui en est à sa 14e édition enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent. L'édition de 1904 contient un grand nombre d'articles sur les médicaments introduits récemment dans la thérapeutique, qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire, même dans les plus récents.

Citons en particulier : Acétyl-salicylate de méthyle, Atoxyl, Bismutose, Bromipine, Bromoquinal, Cacodylate de magnésie, Citarine, Collargol, Epithol, Ether amido-benzoïque, Eugénol iodé, Gaïasanol Gelée anti-diarrhéique, Glycogène Glycolate de menthyle, Helmitol, Huile de cèdre de l'Atlas, Iodipine, iodocacodylate de mercure, Iodoline. Iodothyrine, Iodure de codéine, Iodure de methyle, Iodyloforme, Lactosérum, Mercure colloidal, Mésotane, Phospho-mannitate de fer, Purgène, Pyranum, Quinaphénine, Septoforme, Stypticine, Tannate de pyridine, Théocine, Thériaque minérale, Trichloracétate de thymyle, Véronal : et un grand nombre de plantes coloniales et exotiques, récemment introduites en thérapeutique.

Outre ces nouveautés, on y trouvera des articles sur les médicaments importants de ces dernières années, tels que Airol, Benzacétine, Cacodylate de Soude, Caféine, Chloralose Cocaïne, Eucaine, Ferripyrine, Formol, Glycérophosphate, Ichtyol, Iodol, Kola, Levure de bière, Menthol, Pipérazine, Résorcine, Solophène, Salipyrine, Somatose, Strophantus Trional, Urotropine, Vanadate de soude. Xéroforme, etc.

Le *Formulaire* de Bocquillon-Limousin est toujours ordonné avec la même méthode rigoureuse. Chaque article est divisé en alinéas distincts intitulés : synonymie, description, composition, propriétés thérapeutiques, modes d'emploi et doses. Le praticien est ainsi assuré de trouver rapidement le renseignement dont il a besoin.

VARIA

Inauguration du monument de Pasteur à Paris.

Le dimanche 17 juillet, sous la présidence de M. le Président de la République, assisté d'un nombre considérable de savants français et étrangers, a été inauguré le monument élevé à Louis Pasteur à Paris, place de Breteuil, en face des Invalides, à l'emplacement de la colonne du puits artésien de Grenelle.

Le monument, très imposant, est l'œuvre que Falguière laissa inachevée en mourant et qu'a heureusement terminée un habile sculpteur, M. Victor Peter.

La hauteur totale est d'environ sept mètres, dont plus de quatre mètres pour le piédestal. Pasteur, assis, est calme et méditatif. La statue est en marbre blanc. Autour du piédestal, des figures groupées rappellent les principaux travaux du savant. En avant, le piédestal porte simplement : *Pasteur, 1822-1895*, avec l'indication que le monument est dû à une souscription internationale. Une figure de femme, l'Humanité, implorant pour son enfant, qu'elle tient contre sa poitrine, symbolise les mères redevables à Pasteur de la vie de leurs enfants. Sur les trois autres faces du piédestal, un berger joue du chalumeau, et ses moutons broutent à ses pieds ; un jeune bouvier s'appuie contre ses bœufs. une moissonneuse se repose. Ces groupes représentent les habitants de la campagne qui doivent tant au génie de Pasteur.

De nombreux discours ont été prononcés : par M. Wallon, président du Comité de souscription et du Conseil de l'Institut Pasteur, par M. Desplas, président du Conseil municipal de Paris, par M. de Selves, préfet de la Seine, par M. Chaumié, ministre de l'instruction publique, par M. Gaston Bois-

sler, au nom de l'Académie française, par M. Mascart, au nom de l'Académie des sciences, par M. Chantemesse, au nom de l'Académie de médecine, par M. Errera, membre de l'Académie royale de Belgique et directeur de l'Institut Botanique de Bruxelles, au nom des souscripteurs étrangers, par M. G. Perrot, de l'Institut. directeur de l'Ecole normale supérieure, par M. le professeur Grancher.

Parmi les notabilités du monde entier qui avaient tenu à venir encore une fois honorer Pasteur, signalons :

Behring, Errera, professeur à l'Universisé de Bruxelles, Percy Frankland, professeur à l'Université de Birmingham, le docteur Lydtin, qui a apporté une couronne au nom des sociétés et des congrès vétérinaires de l'Allemagne, etc. Lord Lister s'était excusé par télégramme. Dans la tribune officielle, autour du président de la République, accompagné de M. Abel Combarieu et du général Dubois, sécrétaires généraux de l'Elysée, avaient pris place les présidents du Sénat et de la Chambre des députés, le président du conseil, MM. Chaumié. Vallé. Rouvier, Maruejouls, Trouillot, ministres, des membres du corps diplomatique et du Parlement, MM. Desplas président du conseil municipal, de Selves, préfet de la Seine, Lépine, préfet de police, Autrand et Laurent, sécrétaires généraux des deux préfectures. Dans une autre tribune, Mme Loubet était assise auprès de Mme Pasteur. Le fils de Pasteur, sa fille et son gendre, M. Valéry-Radot, ainsi que tous les autres membres de la famille, assistaient à la cérémonie.

LES ÉPIDÉMIES

Le choléra en Perse. — Le choléra prend des proportions menaçantes à Théran. S'il faut en croire une dépêche de l'*Agence Havas*, les Européens quittent la ville précipitamment laissant leurs biens sans surveillance, et ils se réfugient dans les montagnes. L'agent de la Compagnie du Mercure à Téhéran est mort. Les personnes arrivées de cette ville citent des jours où la mortalité journalière atteignait huit cents hommes ; le temps manquait pour enlever les cadavres. L'exportation des fruits et légumes s'effectue sans surveillance et sans obstacles ; il faudrait cependant cesser cette exportation, afin d'éviter l'importation du choléra en Russie. L'ordre a été donné de fermer la frontière par terre pour le passage des voyageurs, des marchandises et des légumes.

La rougeole en Islande. — La rougeole sévit sur la côte orientale de l'île. Cette maladie est rare dans le pays, mais d'autant plus violente : la dernière fois qu'elle s'est montrée en 1882, elle en fait environ 2,000 victimes, surtout parmi les jeunes femmes. Des mesures de quarantaine sont prises dans le district d'Isafjord, et l'exemple sera probablement suivi ailleurs, ce qui peut offrir de sérieuses difficultés aux nombreux « pêcheurs d'Islande ». (*Le Temps.*)

CONGRÈS ET EXPOSITION.

Le 1er Congrès international d'assainissement et de salubrité de l'Habitation, aura lieu à Paris en octobre 1904.

Le Congrès français de médecine tiendra sa 7e session du 24 au 27 octobre 1904 à Paris.

Le XIVe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, aura lieu à Pau du 1er au 7 août 1904.

Une **Exposition Internationale d'Hygiène** aura lieu à Paris d'août en novembre 1904.

Inauguration de l'Hopital de Lisieux. — M. Adolphe Carnot s'est rendu, dimanche 17 juillet, à Lisieux, à l'inauguration du nouvel hôpital. M. Henri Monod, directeur de l'hygiène pubique, délégué du président du conseil assistait à la cérémonie. Un festival, l'ouverture d'une Exposition rétrospective du vieux Lisieux et une Kermesse des Etudiants de Caen ont complété la fête. Un banquet a été donné sous la présidence de M. Carnot.

M. Le Pr Pozzi vient de rentrer à Paris, après avoir représenté à Montréal la Faculté de médecine de Paris et l'Association de la Presse médicale française, au Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord. Ce Congrès a eu un grand succès.

NECROLOGIE

LE Pr TRASBOT.

Membre de l'Académie de Médecine.

Le Pr Léopold Trasbot, ancien directeur de l'Ecole d'Alfort, membre de l'Académie de médecine depuis 1886, pour le section vétérinaire, officier de la Légion d'honneur, vient de mourir à l'âge de soixante-douze ans à Saint-Maurice.

Le Pr Trasbot était une des sommités scientifiques vétérinaires. On lui doit de nombreux travaux sur la pathologie du cheval, les épidémies, et la police sanitaire et rurale Sa perte sera vivement ressentie tant à l'Academie que dans le corps vetérinaire où Trasbot comptait plusieurs générations d'éléves et d'amis.

Nous avons le vif regret d'annoncer encore la mort de M. le Dr Gayet, l'oculiste lyonnais bien connu, professeur d'ophtalmologie à la Faculté de Lyon. Le Dr Gayet meurt victime des suites d'un accident de voiture.

FORMULES

IV. — Contre la lithiase rénale.

Lorsque les coliques sont de date récente donner durant une semaine.

Sidonal. .... 0 gr. 20

1/2 heure avant les 2 principaux repas deux fois par jour.

La semaine suivante, remplacer le sidonal par :

Urotropine........................ 0 gr. 50

Deux fois par jour, matin et soir.

Repos pendant une semaine et recommencer par séries semblables. (D'après Vinay).

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 3 juillet au samedi 9 juillet 1904. les naissances ont ete au nombre de 1.065, se décomposant ainsi ; légitimes 762, illégitimes 303.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Du dimanche 3 juillet au samedi 9 juillet 1904. les déces ont été au nombre de 803. Les deces sont dus aux causes suivantes : Fievre typhoïde (typhus abdomin.) : 2. — Typhus exanthematique : 0. — Fievre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 2. — Rougeole : 20. - Scarlatine : 3. — Coqueluche : 13. — Diphtérie et Croup : 5. — Grippe : 2. — Choléra asiatique : 0. — Cholera nostras : 1. — Autres maladies epidémiques : 4. — Tuberculose des poumons : 221. — Tuberculose des meninges : 26. — Autres tuberculoses : 10. — Cancer et autres tumeurs malignes : 50. — Méningite simple : 14. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 36. — Maladies organiques du cœur : 44 — Bronchite aiguë : 7. — Bronchite chronique : 12. — Pneumonie : 32. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 58. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 0. — Diarrhée et enterite de 0 a 1 an : sein : 0 ; autre alimentation : 29. — Diarrhee et enterite de 1 à 2 ans : 1. — Hernies, obstruction intestinale : 11. — Cirrhose du foie : 12. — Néphrite et mal de Bright : 12. - Tumeurs non cancereuses et autres maladies des organes genitaux (femmes) : 5. — Septicemie puerperale (fievre, peritonite, phlébite puerperale) : 4. — Autres accidents puerperaux de la grossesse et de l'accouchement : 0. — Débilité congenitale et vices de conformation : 19. — Debilité senile : 28. — Morts violentes : 47. — Suicides : 19. — Autres maladies : 105. — Maladies inconnues ou mal définies : 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 79, qui se décomposent ainsi : légitimes 54, illégitimes 25.

Dinstinction honorifiques. Légion d'honneur ; *Officiers.* — MM. les Drs Cluzant, Hocquart; Pillet. Sockeel (médecins de l'armée active) ; Cantellauve (médecin de la marine).

Chevaliers. — MM. les Drs Dudon (de Bordeaux) ; Baudisson, M.-G. Cardot, L. Gros, G.-A. Ferrand, Lehmann, Lejonne, L.-F. Licht, Marignac, J.-C. Masson, Moutut, L.-G. Ravoux, Trédos, A. Vielle (médecins de l'armée active) ; Didier (ancien médecin militaire) ; Ardeber, L'Helgoualc'h, Lorin, Lucciardi, Sisco (médecins de la marine) ; Condé (médecin des colonies).

Distinctions Académiques: *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les Drs Bonnaire, N.-A. Gilbert, Legry, Legueu, Just Lucas-Championnière, Rieffel (de Paris) ; Bataille (de Rouen) ; Bax (d'Amiens) ; Bézy (de Toulouse) ; Binar, F. Bosc (de Montpellier) ; Cannieu (de Bordeaux) ; Dargelos (d'Aix-en-Provence) ; Devaux (de Limoges) ; Douillet (de Grenoble) ; Doyon (de Lyon) ; Fleury (de Rennes) ; Galavielle, de Girard (de Montpellier ; Jaboulay (de Lyon) ; Labbé (d'Alger) ; de Lamer (de Perpignan) ; Montalier (de Bordeaux) ; Mouret (de Montpellier) ; Noury (de Caen) ; Porte (de Grenoble) ; Princeteau (de Bordeaux) ; Roland (de Besançon) ; Schuhl (de Nancy) ; Thierry (de Tours) ; Villar (de Bordeaux).

Officiers d'Académie. — MM. les Drs Chauffard, Cunéo, Demelin, J.-L. Faure, Gosset, Gouget, Méry, Thiroloix, Weiss (de Paris) ; J.-M. Allaire (de Nantes) ; Arnaud (de Cluny) ; Baigue (de Besançon) ; Bauby (de Toulouse) ; Benech (de Bordeaux) ; Boutron (de Nantes) ; Deléarde (de Lille) ; Léon Dieulafé (de Clermont-Ferrand) ; L.-H. Dor (de Lyon) ; Dubard (de Dijon) ; Dubois (de Clermont-Ferrand) ; M.-G. Gayet (de Lyon) ; Gentes (de Bordeaux) ; d'Hardiviller (d'Amiens) ; Lacaze (de Montauban); Larcena (de Sens); Millardet (de Rennes), Paris (de Nancy); J.-L. Perrin (de Marseille) ; Royer (d'Angers) ; Soulié (de Toulouse) ; Vilon (de Versailles) ; M. Vittenet (préparateur à la Faculté de médecine de Lyon).

Distinctions honorifiques. — Ont reçu la médaille d'honneur des épidémies ou la mention honorable :

Médaille de bronze. — MM. Lefebvre (Jean-Baptiste) agent de police à Saint-Quentin ; Montigny (Victor-Aimé) agent de police à Saint-Quentin ; Poulin (Pierre-Joseph) agent de police à Saint-Quentin ; De Raymond (Laurent-Emile-Victor) élève interne à l'hôpital de Nîmes ; Brassard (Henri-Constantin) interne à Lille ; Taconnet (Gaston-Gustave-Nicolas) interne à Lille ; Bourret (Arsène-Ovide) Lille ; Huriez (Félix-Léon) Lille ; Obers (Maurice-François-Joseph) externe à l'hôpital de Lille ; Vasseur (Anatole-Emmanuel-Augustin) externe à l'hôpital de Lille ; De Lacombe (Léon-Frédéric) interne à l'hôpital Tenon à Paris ; Le Dr Massé (Paul-Emile) ancien interne à Avignon ; Madon (Maurice) interne à l'hôpital d'Avignon ; Estachy (Emile) interne à l'hôpital d'Avignon ; Saladin (Albert) mécanicien désinfecteur hôpital d'Avignon; le Dr Durand (Louis-Ernest) à Moncontour (Vienne) ; Martin (Léon-Jacques-Joseph) gendarme à pied Ninh-Binh (Tonkin) ; Marchon (Francois-Louis) infirmier, hôpital de Nouméa ; Davoise (Nicolas-Lucien) gendarme à pied à Nouméa ; Mlle Conilhère (Suzanne) élève sage-femme à la Maternité de Nîmes ; Mme Durand (Pauline) religieuse infirmière à Nîmes ; Gay (Delphine) religieuse hospitalière à Avignon ; Pays (Mélanie) infirmière à Avignon.

Médaille d'argent. — MM. le Dr Délarde (Abert-Eugéne) professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille ; le Dr Ingelrans (Léon-Auguste-Henri-Dieudonné) chef de clinique médicale à Lille ; Elléboode (Joseph-Aimable) économe à l'hôpital de Lille ; le Dr Lugau (Henri) médecin en chef des hospices d'Avignon ; le Dr Brunschwig médecin adjoint à Avignon ; Habib Eddé, interprète chancelier au consultat de France, Damas (Syrie).

Mention honorable. — M. Colin (Antoine-Auguste) pharmacien à Marseille.

Les récompenses ci-dessus énumérées sont accordées aux personnes dont les noms suivent pour l'enseignement aux adultes et la participation aux œuvres complémentaires de l'école en 1904.

Médailles de vermeil. — MM. Wagner (Félix), docteur eu médecine à Lieurey (Eure) ; Pournial (Paul), docteur en médecine à Montastruc-la-Conseillère (Haute-Garonne) ; Michel (Henri), docteur en médecine à l'Arbresle (Rhône).

Médailles d'argent. — MM. Froleau (Léon), docteur en médecine à Brive (Corréze) ; Mme Tourangin (Eugénie), docteur en médecine à Paris : MM. Auvergniot, docteur en médecine à Paris ; Joy (Paul), docteur en médecine à Boulogne-sur-Seine ; Metivet (Barthélemy), vétérinaire à Milly (Seine-et-Oise) ; Corbin (Jules), docteur en médecine à Saint-Maixent (Deux-Sèvres) ; Burtez (Alexandre), docteur en médecine à Draguignan (Var).

Rappel de médaille d'argent. — MM. Lapicque (Auguste), vétérinaire à Epinal ; Deniau (Arthur), docteur en medecine à Illiers (Eure-et-Loir.)

Médailles de bronze. — MM. Pons, pharmacien à Briançon ; Jacob (Paul), docteur en médecine à Saint-Affrique (Aveyron) ; Ganac (Charles), docteur en médecine à Cassagnes-Bégontrés (Aveyron) ; Matignon (Joseph), docteur en médecine à Montpazier (Dordogne) ; Legendre (Charles, pharmacien à Toulouse ; Rouveyrolis (Félix), docteur en médecine à Aniane (Hérault) ; Patay (Marie), docteur en médecine à Rennes ; Weiller (Daniel), docteur en médecine à Nancy ; Thiery (Jules), docteur en médecine à Saint Mihiel (Meuse).

Rappel de médaille de bronze. — M. Bertrand (Louis), docteur en médecine à Neauphle-le-Château (Seine-et-Oise).

Corps de santé militaire. — Armée active. — *Nominations.* — *Au grade de méd.-princ. de 2e cl.* — Les méd.-maj. de 1re cl. : (Choix) M. L. Collin, méd.-chef des salles mil. de l'hosp. de Vannes, en rempl. de M. Gils, retr. Maintenu. — (Choix) M. Vignol, méd.-chef de l'hôp. mil. de la Rochelle, en remp. de M. Julié, retr. Maintenu. — (Choix) M. Descour, à la dir. du service de santé au ministère de la guerre, en remp. de M. Bourdon, retr. Maintenu.

Au grade de méd.-maj. de 1re cl. — Les méd.-majors de 2e cl. : (Choix) M. Vediville, au 145e d'inf., en rempl. de M. Schmitt, retr. Maintenu. — (Ancienneté) M. Gury, au 60e d'inf., en rempl. de M. Colin, retr. Maintenu. — (Choix) M. Niclot, à l hôp. mil. d'Oran, en rempl. de M. Collin, pr. Maintenu. — (Ancienneté) M. Manoha, à la dir. du serv. de santé du 1er corps, en rempl. de M. Vignol, pr. Maintenu. — (Choix) M. Rouget, prof. agr. à l'éc. d'appl. du serv. de santé mil., en rempl. de M. Descour, pr. Maintenu.

Au grade de méd.-major de 2e cl. — Les méd. aides-maj. de 1re cl. : 1er tour (ancienneté) M. Clerc, en rempl., de M. Licht, dém. — Dés. pour les hôp. mil. de la div. d'Oran. — 2e tour (choix) M. Letainturier de la Chapelle, au 3e tiraill. algériens, en rempl. de M. Gautrand, déc. Maintenu. — 3e tour (ancienneté) M. Drevet, au 4e tiraill. algériens, en rempl. de M. Calba. Maintenu. — 1er tour (ancienneté) M. Dupuy, au 149e d'inf., en rempl. de M. Glorget, déc. Maintenu. — 2e tour (choix) M. Tanton, à l'hôp. mil. du Dey à Alger, en rempl. de M. Barré, déc. Maintenu. — 3e tour (ancienneté) M. Bonhomme, au 67e d'inf., en rempl. de M. Vidal, dém. Maintenu. — 1er tour (ancienneté) M. Neumann, au 6e génie, en rempl. de M. Jacquemin. Maintenu. — 2e tour (choix) M. Vennin, en rempl. de M. Caziot, déc. — Dés. pour le 124e d'inf. — 3e tour (ancienneté) M. Donier, au 161e d'inf., en rempl. de M. Bernard. Maintenu. — 1er tour (ancienneté) M. Imbert, au 102e d'inf., en rempl. de M. Deslongchamps. dém. Maintenu. — 2e tour (choix) M Julié, en rempl. de M. de Viville, pr. — Dés. pour le 33e d'inf. — 3e tour (ancienneté) M. Fournercaux, au 160e d'inf., en rempl. de M. Gury, pr. Maintenu. — Le méd.-maj. de 2e cl. : Tour de la non-activité) M. Gilbert, en rempl. de M. Niclot, pr. Dés. pour le 151e d'inf. — Les méd. aides-maj. de 1re cl. : 1er tour (ancienneté) M. Combe, aux hôp. mil. de la div. d'Alger, en rempl. de M. Manoha, pr. Maintenu. — 2e tour (choix) M. Rouvillois, surv. à l'éc. du serv. de santé mil., en rempl. de M. Rouget, pr. Maintenu.

Au grade de méd. aide-maj. de 1re cl. — Les méd. aides majors de 1re cl. : (Tour de la non-activité) M. Bourguedieu, en rempl. de M. Clerc, pr. — Dés. pour le 8e d'inf. — (Tour de la non-activité) M. Duchesne, en rempl. de M. Letainturier de la Chapelle, pr. — Dés. pour le 105e d'inf.

Mutations. — Les méd. princ. de 2e cl. : MM. Choux, à l'hôp. mil. de Marseille ; Dubrulle, à l'hôp. mil. Villemanzy, à Lyon ; Troussaint, méd.-chef à l'école sup. de guerre à Paris. — Les méd.-maj. de 1re cl. : MM. Blanchet, au 115e d'inf. ; Lebastard méd.-chef de l'hôp. mil. de Dunkerque ; Collinet, aux salles mil. de l'hosp. de Reims ; M. Tisserant, au 152e d inf. ; M. Pouillaude, aux hôp. mil. de la div. de Constantine ; M. Guibal, au 79e d'inf. — Les méd.-maj. de 2e cl. : MM. Douillet, au 110e d'inf. ; Sébillon, au 27e d'art. ; Peyret, au 1er chass. à cheval ; Donnadieu, au 4e chass. à cheval ; Senesse, au 53e d'inf. ; Demery, au 13e hussards ; Cultin. aux troupes de l'armée de terre dét. au Tonkin et en Annam ; Bailly, au 132e d'inf. ; Martin, au 1er chass, d'Afrique ; Capillery, au 32e d'art. et dét. aux batt. à cheval dr la 7e div. de cav. à Fontainebleau ; de Libessart, au 31e dragons ; Lamoureux, au 1er cuirassiers ; Pignet, au 1er spahis ; Lascoutx, au 89e d'inf. ; Lafeuille, surveillant à l'éc. d'appl. du service de santé mil. ; Gauthier, hôp. mil. de la div. d'Alger. — Les méd. aides-maj. de 1re cl. : MM. Bourgeois, au 143e d'inf. ; Natalelli, au 22e d'inf. ; Malaspina. au 35e d'art. ; Genevrier, aux hôp. mil. de la div. d Oran ; Antoine, au 135e d'inf. ; Monod, au 13e d'art. ; Dreyfus, aux sapeurs-pompiers à Paris ; Pourpre, au 61e d'inf. ; M. Limasset, aux hôp. mil. de la div. de Constantine. — Le méd. aide-major de 2e cl. : M. Duc, au 7e chasseurs à pied.

Corps de santé des colonies. — *Nominations.* — *Au grade de méd. inspecteur.* — Les méd. princ. de 1re cl. : MM. Sérés, membre du conseil sup. de santé au min. des colonies, en rempl. de M. Vincent, décédé ; Clavel, dir. du serv. de santé des troupes coloniales à Paris (emploi nouvellement créé).

Au grade de méd. princ. de 1re cl. — Les méd. princ. de 2e cl. : MM. Calmette, dir. de l'Institut Pasteur à Lille (hors cadres). — Maintenu ; Gallay, en remplacement de M. Calmette, pr. — Maintenu en congé.

Au grade de méd. princ. de 2e cl.. — Le méd.-maj. de 1re cl. : M. Hebrard, chef du serv. de santé à la Guadeloupe, en remp. de M. Gallay. pr. Maintenu.

Au grade de méd.-maj. de 1re cl. — Les méd.-maj. de 2e cl. : (Ancienneté) M. Morel, hors cadres, au poste méd. de Vinh (Indo-

Chine). en rempl. de M. Layet, déc. Maintenu. — (Choix, emploi vacant) M. Jourdran, hors cadres, à Madagascar. Maintenu. — (Ancienneté, emploi vacant) M. Bonnescuelle de Lespinois, en Afrique occ. Maintenu. — (Choix, emploi vacant) M. Ollivier. au 1er d'inf. à Cherbourg.— (Ancienneté. emploi vacant) M. Talayrach, hors cadres, à Madagascar.

Au grade de méd.-maj. de 2e cl. — (Choix) M. Marty, au 5e d'inf. à Cherbourg, en rempl. de M. Morel, pr. Maintenu. — (Ancienneté) M. Brisemier, à Madagascar, en rempl. de M. Jourdran, pr. Maintenu. — (Ancienneté) M. Martin, à Madagascar, en rempl. de M. Bonnescuelle de Lespinois, pr. Maintenu. — (Choix) M. Crenn, à Madagascar, en rempl. de M. Ollivier, pr. Maintenu. — (Ancienneté) M. Erdinger, hors cadres, au poste méd. de Tchong-King, en rempl. de M. Talayrach, pr. Maintenu. — (Ancienneté, emploi vacant) M. Plomb, en Indo-Chine. Maintenu. — (Ancienneté, emploi vacant) M. Pin, à Madagascar. Maintenu. — (Ancienneté, emploi vacant) M. Augé, au 8e d'inf. Maintenu. — (Ancienneté, emploi vacant) M. Leclerc, au 24e d'inf. Maintenu. — (Choix, emploi vacant) M. Laurenti, en Indo-Chine. Maintenu. — (Ancienneté, emploi vacant) M. Jacquin, au 1er d'inf. Maintenu. — (Ancienneté, emploi vacant) M. Doreau, hors cadres, à la Grande-Comore. Maintenu.

Dons a la Croix-Rouge russe. — L'ambassadeur de France, M. Bompard, a remis à la Croix-Rouge de Russie la somme de 118.000 francs prélevés pour elle sur le produit de la souscription ouverte en France par la presse française au profit des victimes de la guerre russo-japonaise.

La tuberculose au conseil municipal de Paris. — Sur le rapport de M. Chautard, l'administration est invitée à procéder périodiquement à la désinfection des écoles. Le rapporteur fait en outre connaître au Conseil une communication du Dr Grancher à l'Académie de médecine, sur les recherches faites dans les écoles du 15e arrondissement au sujet de la tuberculose. M. Ambroise Rendu demande que les examens médicaux relatifs à cette maladie soient entrepris dans le plus grand nombre d'écoles possible, et notamment dans les quartiers les plus populeux.

Vol chez un médecin. — Une jeune femme se présentait chez le Dr X..., quartier Saint-Georges, et insistait pour lui parler. Introduite, après avoir été laissée seule dans un salon, elle le priait de venir voir sa fillette malade. Le Dr X... promit sa visite et se rendit à l'adresse que lui avait indiquée la jeune femme où elle était inconnue. Le Dr X... rentra chez lui, constata qu'une petite statuette en bronze, et une bonbonnière en porcelaine de Saxe avaient été dérobées. Plainte a été déposée chez le commissaire de police.

Exercices de santé en Allemagne. — Le Congrès des médecins allemands et des chefs de la Croix-Rouge s'est ouvert hier à Metz. La journée du dimanche 17 juillet a été consacrée à de nouveaux et très intéressants exercices des colonnes sanitaires d'Alsace-Lorraine. Elles ont exécuté une manœuvre d'ensemble sur les anciens champs de bataille de 1870. La manœuvre a été dirigée par le général de Perthes, commissaire impérial et inspecteur des ambulances volontaires. Le 19 a été consacré à une excursion sur les champs de bataille. Une cérémonie commémorative aura lieu dans le ravin de Gravelotte. Le 20, les membres du Congrès sont partis en très grand nombre pour Paris.

Pipes japonaises. — Les pipes japonaises ont des fourneaux de petites dimensions. La plupart du temps, une boule de tabac de la grosseur d'un pois y tient à l'aise, et le fumeur en aspire la fumée d'un coup, d'une grosse bouchée, quitte à renouveler la consommation aussi souvent que cela lui plaît.

Les femmes fument autant que les hommes, et les jeunes filles elles-mêmes ont toujours leur petite pipe enfouie dans leur corsage. Quand l'une d'elles veut marquer sa faveur à un monsieur qui lui plaît, elle bourre sa petite pipe d'une boulette de tabac, l'allume, tire une petite bouffée, et tend l'objet au favori, qui achève béatement le tabac et rend la pipe en remerciant (*L'Aurore* du 14 mai.)

Sécrétion lactée remplaçant les règles. — *La Escuela de Medecina* de Mexico du 31 août 1903 (anal. de la *Revue chirurgicale*, du 1er juin) cite le cas extraordinaire communiqué par le Dr Mandonnet, d'une jeune fille de vingt-cinq ans, dont les règles étaient remplacées par une sécrétion lactée. Le lait était tellement abondant dans les deux seins qu'elle était obligée d'envelopper ces organes de nombreux linges. Cela durait pendant cinq jours, puis tout rentrait dans l'ordre. Il s'agissait bien de véritable lait et non de colostrum. Les organes génitaux internes et externes étaient dans leur état normal. Cet état extraordinaire dura un an.

Chronique des hôpitaux

Hospice de Bicêtre. — M. A. Léri, chef du laboratoire, commencera un cours de clinique et d'anatomie pathologique des maladies du système nerveux le 12 septembre, à 2 heures, et le continuera trois fois par semaine.

Programme du cours : Sémiologie générale du système nerveux. Modes d'examen. Exposé symptômatique des différentes affections des centres nerveux (cerveau et moelle) et des dystrophies (acromégalie, achondroplasie, myxœdème, etc.) avec présentation de malades. Examen ophtalmoscopique. Cyto-Diagnostic. Electro-Diagnostic. Exercices de Radioscopie clinique. Notions d'électrothérapie, de radiothérapie et de psychotérapie. Démonstrations d'Anatomie pathologique. Technique histologique du système nerveux. Les principales méthodes de coloration. Présentation de pièces et de coupes microscopiques. Le cours comprendra 20 leçons. Chaque leçon durera 2 heures. Les inscriptions sont reçues dès maintenant à Bicêtre, le lundi de 2 à 4 heures, ou par correspondance, le droit est de 80 francs.

Hospice de Bicêtre. — M. Bourneville. Visite et présentation de malades le samedi à 9 heures et demie très précises.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

China Imperial maritime Customs. Special Series, n° 2, *Medical Report* for the half-year ended 31 st. march 1903. 65e n°.

Ces rapports sont réunis par M. Robert Hart qui, dans une lettre introductive, donne aux Customs medical officers un schema des renseignements qu'il attend d'eux, concernant l'état sanitaire de Tientsin, Chingkian, Swatow, le choléra à Macao et Lappa, l'état sanitaire à Pakhoi, Longtcheou, Mougtz, Szemao. Trois de ces rapports sont écrits en français. Si nous signalons ces rapports qui ne se prêtent guère à une analyse, c'est pour attirer l'attention du ministre des colonies qui pourrait faire dresser des rapports analogues et les adresser aux journaux de médecine qui en feraient saillir les points principaux.

Librairie de RUDEVAL,
4, rue Antoine-Dubois.

Dubrisay (Louis) et Jeannin (Cyrille). — Précis d'accouchement. 1 vol. In-8° de 736 pages. Prix .... 9 fr.

Meige (Henry). — Le spasme facial ; ses caractères cliniques distinctifs. In 8° de 16 pages.

Mendel (Henri) — Traitement de la tuberculose pulmonaire, par la médication intra-trachéale. 1 vol. In-8° de 148 pages avec 7 fig. et 26 tracés pneumographiques. (Prix .... 5 fr.

Mesnard. — Le vin au point de vue médical et hygiénique. In-8° de 6 pages. Hôtel des Sociétés savantes. Paris.

Librairie G. STEINHEIL
2, rue Casimir-Delavigne.

Milan. — Le liquide céphalo-rachidien. 1 vol. In-8° raisin, de 172 pages avec 25 fig. dans le texte et une planche en couleurs Prix .... 6 fr.

Librairie de l'EDITION MEDICALE
29, rue de Seine.

Faivre. — Comment on défend son larynx ? Brochure de 48 p. avec figures dans le texte. Prix .... 1 fr.

The scientific Press, L.-T.-D.
London.

Paget (Stephen). — The Case Against. Anti-Vivisection. 1 vol. In-18 de 104 pages.

Librairie FÉLIX ALCAN
108, boulevard Saint-Germain.

Bourcart (M.). — Le ventre, étude anatomique et clinique. Vol. gr. in-8° de 300 pages, avec 134 figures dans le texte et hors texte. Prix .... 10 fr.

Estor (E.). — Guide pratique de chirurgie infantile. 1 vol. In-8° de 474 pages, avec 165 figures dans le texte. Prix .... 8 fr.

Kocher (Théodore). — Les fractures de l'humérus et du fémur. Traduit de l'allemand par Seen. 1 vol. in-8° de 286 pages avec 105 figures et 56 planches hors texte. Prix .... 15 fr.

Yvert (A.). — Causeries sanitaires. Tome II (Désinfection). 1 vol. In-8° de 446 pages. Prix .... 6 fr.

Librairie VIGOT (frères)
23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Pecker (P.). — La puériculture par l'assistance scientifique et maternelle à domicile. 1 vol. In-18 jésus, de 316 pages. Prix .... 3 fr. 50

Librairie MASSON
120, boulevard Saint-Germain.

Nouveau journal. — Nous venons de recevoir le 1er n° de la *Revue de la Société scientifique d'hygiène alimentaire et de l'alimentation rationnelle de l'homme* paraissant tous les mois. Prix de l'abonnement pour la Seine-et-Oise, 20 fr. ; Départements, 21 fr. Étranger, 22 fr. ; Prix du numéro, 2 fr.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.





3e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XX. N° 31. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 30 JUILLET 1904

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Essais de thérapeutique des maladies infectieuses ;

Par les Docteurs **Marc LAFFONT** et **André LOMBARD**.

(*Suite.*)

De même que les phosphates minéraux et l'urée sont des déchets de la nutrition, de même sont les sulfates. Les expériences déjà citées de l'un de nous (M. Laffont ont montré la toxicité des corps de la série aromatique et comment on évite leur action offensante sur l'organisme et les leucocytes en les sulfonant par avance, comme on méthyle Ph et As.

De tous temps le soufre a fait partie de la thérapeutique anti-infectieuse ; Dioscoride et Pline le conseillaient intérieurement et extérieurement dans les maladies de poitrine ; Trousseau et Pidoux (28), reconnaissent son inefficacité dans la tuberculose, mais admettent qu'il a dans la scrofule une action utile, soit à l'état d'acide sulfureux, soit à l'état d'acide sulfhydrique, de sulfure de calcium, de potassium et de sodium. Nous avons vu, dans des expériences inédites, que l'hydrogène sulfuré en inhalation, est très toxique, que les injections de sulfite de soude n'ont que des inconvénients. Mais, si nous étudions la façon dont les leucocytes rendent inoffensive pour l'organisme une substance minérale aromatique, nous verrons qu'ils transforment d'abord cette substance en sulfone avant de l'éliminer à l'état de sulfate. Si la toxicité de la substance est excessive la sulfonation n'a pas lieu : le phénol, très toxique, est éliminé à l'état de phénolsulfate ; l'acide sulfophénique a une toxicité relativement moindre quoiqu'encore très grande ; cela tient à la constitution du noyau fondamental : les leucocytes sont tués. Mais si l'on envisage le gaïacol, dont l'injection permet une survie plus longue, on peut saisir les diverses transformations qu'il subit, et constater qu'il est enfin expulsé à l'état de gaiacol-sulfate de potasse. La différence est considérable entre ce corps et le sulfogaiacolate de potasse (thiocol) qui représente, par sa sulfonation, un corps en voie d'assimilation, plutôt qu'une substance d'excrétion. Le salicylate de soude, éliminé à l'état d'acide salicylurique, est toxique ; mais on peut cependant saisir la réaction violette caractéristique, par l'action du perchlorure de fer sur les leucocytes ; mais si nous avons soin de sulfoner le sel, l'animal survivra à l'injection d'une dose correspondant à une quantité plus élevée d'acide salicylique ; les leucocytes ne sont point offensés par le contact d'une substance avec laquelle ils ont une certaine affinité chimiotactique, et la réaction histochimique donne une coloration grenat franc, en même temps que nous observons une leucocytose plus accentuée qu'avec le salicylate. Par cette série d'expériences et par de nombreuses observations cliniques, nous avons vu que le soufre, ainsi administré, n'élève pas la température et ne produit pas d'éréthisme vasculaire qui puisse favoriser les congestions ou les hémorrhagies ; nous ne lui avons pas davantage trouvé une action hyposthénisante. Le soufre, faisant partie constituante de nos tissus et principalement de nos tissus énergétiques (fibre musculaire), a besoin d'être introduit en quantité suffisante pour parer aux déperditions qui ont lieu dans l'état de maladie. La thérapeutique de la tuberculose par les phénols et les substances aromatiques nécessite un apport considérable de cette substance, car nous avons vu que, pour perdre leur toxicité et être assimilées, puis éliminées, elles se combinent au soufre, qu'elles empruntent à l'organisme, lequel n'en reçoit que de minimes quantités. Si donc la ration alimentaire est suffisante quand le malade n'absorbe pas de substances benzéniques, elle cesse de l'être quand il est justiciable de cette médication. Et, de même que le nourrisson a besoin de plus de soufre que l'adulte, qui peut se suffire avec 0 gr. 025 à 0 gr. 03 de soufre par kilo de poids du corps (29) ; de même, l'organisme doit en éliminer au moins 0 gr. 007 par kilo, quantité que la prise des médicaments augmentera considérablement. Ce soufre des dérivés sulfo-conjugués est en réalité du soufre acide, provenant de l'acide sulfurique du groupe conjugué phénol-crésol 30) ; il est donc bien un terme ultime d'oxydation, éliminé par l'urine, tandis que celui qui accompagne les aromatiques sulfonés est immédiatement fixé par les leucocytes et joue un rôle invigorateur, durant lequel son oxydation se complète.

Persuadés que nous sommes que toutes les substances introduites dans l'organisme par la voie gastrique ou intestinale ne produisent pas l'effet désiré, soit par

non-absorption ou absorption incomplète, soit par décomposition, nous ne considérons, avec les représentants les plus autorisés de la nouvelle école, comme vraiment utile, que l'administration hypodermique des agents thérapeutiques. Dès l'introduction sous-cutanée d'une substance, quelle qu'elle soit, l'armée phagocytaire vient s'en emparer et une réaction, très souvent imperceptible aux moyens ordinaires d'investigation, se produit ; en même temps, à la faveur de la dissolution, la diffusion dans le sérum est rapide. Nous dirons, à ce propos qu'il importe peu que la solution soit isotonique plutôt qu'hyper ou hypotonique ; la cytophiline est nettement hypertonique puisqu'elle a une densité de 1.012 et qu'elle contient 0gr. 103 milligr. de substances salines par 1 cmc. Il s'agit de la cytophiline invigoratrice, la seule que nous ayons en vue dans cette étude ; les modifications qui s'adressent à un but spécial devant trouver leur place dans des études ultérieures.

La fonction des leucocytes est donc, sous l'influence des constituants de la cytophiline, de se multiplier, puis d'emmagasiner ces divers sels. Comme ils ne constituent pas des produits d'excrétion, ils ne restent pas longtemps dans le sérum : mais, comme ce sont des produits assimilables, ils n'altèrent pas la vitalité des globules blancs, l'excitent au contraire, et leur permettent de se porter au secours de l'organisme défaillant. Ainsi que les phosphates, les urates, l'acide urique, les sulfates éliminés par l'urine, ne font, sous cette forme minérale, à aucun moment, partie intégrante de l'organisme ; ils constituent toujours un produit d'excrétion, qui se dissout aussitôt dans les liquides que l'organisme élimine. Mais les composés organiques utiles de ces substances ne restent pas longtemps dissous dans le sérum : comme ils sont nécessaires au développement de l'individu, ou à sa défense, les leucocytes s'en emparent, qui les porteront aux endroits où leur présence est indispensable. Mais le phosphore, les albuminoïdes, les sels arsénicaux, les composés benzéniques, utiles pour le développement ou la défense de l'individu, présentent sous certaines formes une toxicité souvent très élevée. Cette toxicité ne disparaît que quand les globules blancs ont emmagasiné ces substances et les ont transportées dans certains organes, tels le foie et la rate, où ils les retiendront et les déverseront peu à peu dans la circulation générale (31).

Mais ce n'est pas sous la forme sous laquelle ils ont été absorbés qu'ils seront fournis à l'organisme : la biologie des globules blancs est plus complexe, et grâce à eux, grâce à leurs récepteurs, ces substances se seront modifiées chimiquement par l'adjonction d'un, puis deux groupes méthyles pour le phosphore et l'arsenic, par l'adjonction des molécules sulfonées pour les composés aromatiques. Mais ce travail de synthèse dévolu aux globules blancs est un travail d'assimilation : le but du thérapeute doit être de laisser intactes les propriétés phagocytaires des leucocytes, de ne pas employer une partie de leur énergie à assimiler des substances toxiques, mais au contraire de leur faire absorber dans le minimum de temps et avec le minimum de toxicité le maximum de substances actives. C'est là le but recherché par l'un de nous, qui, en fabriquant un composé méthylé du phosphore, et en composant la cytophiline (Dr M. Laffont), a utilisé un médicament auquel nous sommes redevables de succès thérapeutiques tels que nous devrons, dans une étude ultérieure, confirmer, avec d'amples développements, les résultats que nous avons annoncés (32). Mais ce n'est pas seulement dans la tuberculose que cette action se fait sentir : elle se retrouve dans toutes les infections, quelle qu'en soit l'origine, dans les anémies, que nous tendons à croire toujours d'origine infectieuse, dans les intoxications, les convalescences. Nous n'avons assurément pas la prétention de substituer la cytophiline à toutes les médications : mais nous l'avons employée dans des grippes infectieuses, des fièvres typhoïdes graves, la variole, avec succès et à l'exclusion de tout autre médicament : nous dirons encore qu'elle paraît avoir dans les pneumococcies du lapin et de l'homme une action spécifique.

De même que certaines plantes (aconit, belladone, digitale), croissant à l'état sauvage, constituent des poisons redoutables avant que la thérapeutique sache ou puisse les utiliser à son avantage : de même les infiniment petits, germes des maladies, constituent une menace perpétuelle pour les organismes animaux : mais tandis que ce sont, la plupart du temps, des causes dépendantes de leur volonté qui leur permettent de s'intoxiquer au moyen de ces plantes, les causes extérieures seules peuvent favoriser le développement et la pullulation des bactéries pathogènes. De même aussi que les animaux (lapin, chèvre) qui peuvent faire de ces végétaux vénéneux leur nourriture quasi-habituelle résistent à des doses expérimentales de ces poisons qui tueraient sûrement d'autres organismes : de même les individus, ayant subi une première atteinte d'un mal causé par un microbe (tuberculose cutanée, fièvre typhoïde, variole, etc.), sont inaptes à être à nouveau atteints de cette maladie ou n'en ont qu'une atteinte bénigne. Mais il existe une accoutumance aux poisons minéraux (arsenic) et aux poisons végétaux (abrine, ricine) et il en existe aussi aux poisons bactériens, accoutumance soupçonnée depuis longtemps, scientifiquement reconnue depuis l'ère pastorienne.

L'état des individus accoutumés à un poison s'appelle l'immunité. Est-ce donc l'état d'immunité que nous devons chercher à réaliser ? Au premier abord, la question ne paraît pas douteuse, et il semble que ce doive être le rôle du médecin de l'avenir ; mais il est, pour l'instant, plus rationnel de chercher à guérir d'abord, à immuniser ensuite.

Nous pouvons, en effet, dans le mode de guérison de la tuberculose, tel qu'on tend à l'envisager de plus en plus, concéder à la résistance de l'organisme la part la plus grande ; aussi notre objectif, depuis plusieurs années réalisé et constamment maintenu, est-il de faire, par le moyen de la cytophiline, un terrain impropre au développement microbien, et de mettre l'organisme en état de se débarrasser des bacilles préexistants. C'est précisément à cause du trop grand nombre de bacilles existants, disséminés sur de larges surfaces et à cause aussi des infections surajoutées, que nous n'avons pas dit que nous guérissions la tuberculose, mais que nous prolongions l'existence de tuberculeux cavitaires et que nous en guéririons un bien plus grand nombre si les réactions vitales, réactions de défense, pouvaient se produire dans toute leur amplitude. Mais la tuberculose ressemble à certaines autres maladies (pneumonie, érysipèle, blennorrhagie) qui, au lieu de créer l'immunité, créent plutôt un nouveau foyer d'appel. Nous aurions donc tort de compter pour elle, sur une accoutumance aux poisons microbiens, et le trop retentissant échec de la tentative de Koch (33) a montré les méfaits de la tuberculine employée dans un but thérapeutique.

Il nous a semblé alors que le problème n'avait pas été envisagé comme il le devait être ; sans doute, il faut changer le terrain de culture ; mais pourquoi le terrain

clinique? pourquoi pas le terrain où nous cultivons expérimentalement le bacille? Une longue expérience nous a bien prouvé que les plantes vénéneuses dont nous parlions tout à l'heure perdaient toute nocivité vis-à-vis de l'animal quand, au lieu de croître à l'état sauvage, elles étaient cultivées. Pourquoi donc ne pas modifier la façon de cultiver les bacilles sur l'animal? pourquoi ne pas modifier plutôt le bouillon de culture, de façon à modifier le bacille lui-même et ses toxines? Que si nous échouons encore dans cette entreprise, nous avons la ressource de modifier la tuberculine, et de tâcher de modifier ses propriétés éminemment nocives en qualités curatrices. Nos recherches sur ce point sont encore trop peu engagées pour que nous puissions formuler la moindre conclusion; qu'il nous suffise de dire que l'observation, depuis trois mois, de deux séries d'expériences sur des cobayes, nous permet d'envisager le problème avec plus de confiance.

BIBLIOGRAPHIE

(1). H. Gilbert. — Recherches sur les causes des maladies charbonneuses, etc. A. Paris, de l'Imprimerie de la République. Ann. III.
(2). Metchnikoff. — L'immunité dans les maladies infectieuses. Masson, Paris, 1901.
(3). Marmorek. — Acad. de méd. 17 nov. 1903.
(4). Landouzy. — Les Sérothérapies. Carré et Naud, Paris, 1898.
(5). Maragliano. — Congrès de Bordeaux, 1895. Le sérum antituberculeux et son antitoxine. *Presse Médicale*, 10 juin 1896.
(6). Metchnikoff. — Leçons sur la pathologie comparée de l'inflammation. Masson, Paris, 1892.
(7). A. Lombard. — Soc. de biol., 30 mars 1901. Thèse de Paris. Maloine, 1901.
(8). J. Carles. — Du rôle des leucocytes dans l'absorption et l'élimination des subst. étrang. à l'organ. Vigot, Paris. 1904.
(9). M. Laffont. — Soc. de Biol., 8 mars 1902.
(10). M. Laffont. — C. R. Ac. des Sc. 14 avril 1902. *Progrès Médical*, 26 avril 1902.
(11). A. Gautier. — Chimie Organique. Paris, 1896.
(12). A. Robin. — Hôpital de la Pitié. Leçons de thérapeutique, 6 mai 1895.
(13). Lancereaux et Paulesco. — Ac. de méd., 12 juin 1901, 18 juin 1901.
(14). Desgrez et Ali-Zaky. — Soc. de Biol., 4 août 1900. 15 juin 1901.
(15). Gilbert et Fournier. — Soc. de Biol., 9 février 1901.
(16). A. Gautier. — Chimie appliquée à la physiologie, à la pathologie, et à l'hygiène. P. Savy, Paris, 1874.
(17). M. Labbé. — La médication phosphorée (Actualités médicales), Baillière, Paris, 1904.
(18). G.-H. Roger. — Rapport sur les applications des sérums sanguins. Congrès de Nancy, 1896.
(19). Roger et Josué. — Act. neutralis. de la névrine sur la toxine tétanique. Soc. de Biol. 19 mars 1898. Act. neutralis. du chlorhydr. de bétaïne sur la toxine tétanique. Soc. de Biol., 26 nov. 1898.
(20). G. Roger. — Les maladies infectieuses. Paris, Masson, 1902.
(21). S. Posternak. — Soc. de Biol 24 oct. 1903.
(22). A. Gilbert et S. Posternak. — La Médication phosphorée. Paris, Masson. 1er déc. 1903.
(23). A. Gautier. — Ac. de méd., 5 déc. 1899. — C. R. Ac. des Sc. 4 déc. 1899.
(24). Voir les C. R. des Soc. Sav. depuis 1899.
(25). G. Rappin. — Assoc. franç. pour l'avanc. des Sc.. Ajaccio, 1901.
(26). Kemmerich. — *Wiener medicin. Woschenschs.* 1869.
(27). Byasson. — Thèse de Paris, 1868.
(28). A. Trousseau et H. Pidoux. — Traité de thérapeut. et de mat. médic. — 3e édid.
(29). Maurel. — Soc. de Biol. 14 mai 1904.
(30). Monfet. — Soc de biol. 17 octobre 1903.
(31). A. Lombard. — *Progrès Médical*, 13 juillet 1901.
(32). M. Laffont et A. Lombard. — *Progrès Médical*, nos 11, 16, 19, 24 de 1903.
(33). R. Koch. — Congrès de Berlin, 1890.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'Exercice illégal officiel de la médecine en Algérie.

Notre confrère, M. le Dr Grandjux, relève dans le *Bulletin Médical* du 27 juillet, des faits véritablement surprenants et sur lesquels nous ne saurions trop attirer l'attention du corps médical. C'est d'abord un long passage d'un rapport du Recteur de l'Académie d'Alger qui vante les services médicaux que les instituteurs rendent dans son ressort; c'est, en outre, la phrase suivante sur le même sujet, phrase insérée dans le *Temps* que notre confrère qualifie avec raison de lapidaire :

> Le Gouverneur général a trouvé chez les instituteurs de précieux collaborateurs pour le seconder dans cette œuvre d'*assistance médicale. Utilisant les connaissances d'hygiène et de médecine acquises à leur passage à l'Ecole normale* (!), ils rendent de grands services aux populations musulmanes.

Nous ne savons quelles sont les connaissances d'hygiène et de médecine que l'école normale d'Alger donne à ses élèves, nous croyons qu'il serait prudent de leur faire aussi apprendre par cœur quelques fables de Lafontaine. On pourrait ainsi leur enseigner, au point de vue médical, de ne pas remplir le rôle de la mouche du coche en assénant sur le crâne de leurs amis musulmans le pavé légendaire de l'Ours.

Nous ne reprocherons jamais à un instituteur de savoir panser proprement une plaie, d'exiger les soins d'hygiène corporelle indispensables à la santé de leurs élèves, de donner à tous de bons conseils de tempérance et d'hygiène domestique, mais quand nous voyons le recteur d'Alger joindre ses félicitations à celles des marabouts et vanter l'instituteur qui soigne les « névralgies cérébrales » et les bronchites, nous ne pouvons éviter un haussement d'épaules. Malgré nous, un sentiment de tristesse et d'amertume nous envahit et nous porte à désespérer de la civilisation et du progrès dans notre pays.

Nous ne cessons de nous plaindre de l'intervention médicale dangereuse des curés et des sœurs. L'instituteur algérien est-il appelé à remplir le même rôle néfaste? Le gouverneur général de l'Algérie, à notre époque de pléthore médicale, aurait-il donc beaucoup de peine à trouver sur son budget les quelques milliers de francs nécessaires à subventionner des médecins communaux ou de colonisation, capables d'utiliser les connaissances d'hygiène et de médecine acquises à leur passage à l'Ecole de médecine d'Alger ou dans les Facultés de médecine métropolitaines. Les instituteurs auraient ainsi plus de loisirs pour remplir leur tâche suffisamment importante, et l'humanité, la civilisation et le sens commun seraient à la fois respectés.

J. Noir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 18 juillet 1904.

M. Laveran a recherché si le sérum du babouin (*cynocepnalus sphinx*), singe qui se montre réfractaire à l'égard de la plupart des trypanosomes, n'aurait pas quelque influence sur ces mêmes parasites. Un premier essai fait sur des rats infectés avec le *Trypanosoma Gambiense* a donné un résultat négatif, à la dose de 0 gr. 30 centigr. de poudre de sérum pour des animaux pesant de 127 à 205 grammes. Chez une souris de 18 grammes, une dose de 0 gr. 20 centigr. fournit au contraire un résultat nettement positif. Dans le surra, le nagana et le caderas, inoculés à la souris, le sérum employé dans la même proportion fait, pour quelques jours, disparaître les trypanosomes du sang et retarde la mort. Cette action du sérum de cynocéphale est comparable à celle du sérum humain, elle est toutefois inférieure, au moins en ce qui concerne les *Tr. Evansi*, *Brucei* et *Equinum*.

Le lavage mécanique du sang.

M. Ch. Repin adresse une note relative à une nouvelle méthode de lavage du sang, consistant essentiellement à mélanger le sang,—aspiré par ponction veineuse —avec huit ou dix fois son volume d'une solution saline isotonique ; ce mélange suffisamment incoagulable pour les besoins de l'expérience est envoyé dans un centrifugeur qui sépare les globules, lesquels sont aussitôt réinjectés à l'animal. Au total, on remplace ainsi le plasma, avec tout ce qui s'y trouve dissous, par du sérum artificiel, et cela, sans que le court passage des hématies hors de l'organisme soit, d'après l'auteur, nuisible à ces éléments.

Présence de l'arsenic dans quelques substances alimentaires.

M. V. Bordas rend compte des recherches qu'il a faites pour déceler la présence d'arsenic dans diverses substances alimentaires qui dérivent des produits chimiques susceptibles de contenir ce métalloïde. Il a pu constater, par exemple, que certaines chicorées renferment plus d'un milligramme et demi d'arsenic (calculé en arséniate de soude) pour 100 grammes, certaines glycérines près d'un milligramme.

Influence de la lactation sur la résistance de l'organisme aux agents morbifiques.

MM. Charrin et Vitry ont établi expérimentalement la nature des modifications qui surviennent dans l'organisme pendant la lactation : une même dose de strychnine provoque des convulsions plus précoces, plus intenses chez la femelle du cobaye qui allaite que chez le sujet normal: parfois même la mort survient avec des doses qui ne tuent pas le témoin. La résistance à l'infection est également diminuée: la même dose de culture de bacille pyocyanique, qui ne produit qu'une lésion locale curable chez l'animal témoin, peut entraîner la mort chez l'animal en lactation. Cette diminution de résistance est en partie due à l'atténuation de la défense antitoxique, notamment à la diminution du pouvoir antitoxique du foie : un même poids de foie normal, laissé au contact d'une solution de nicotine, l'atténue plus que ne fait une égale proportion de parenchyme hépatique de nourrice. A ces causes, il convient d'ajouter l'hyperglycémie, la rétention fécale, etc.

En résumé, la lactation fait fléchir la résistance en accumulant les poisons organiques, en diminuant la résistance à ces poisons, en constituant un milieu favorable à l'infection ; elle prolonge, en un mot, les modifications dyscrasiques créées par la gestation.

Séance du 25 juillet 1904.

Recherches sur le venin d'abeilles.

M. C. Phisalix. — Les auteurs qui jusqu'ici ont étudié le venin d'abeilles le considéraient comme un liquide d'une composition relativement simple. C'est ainsi que P. Bert et Cloez ont trouvé, dans le venin de l'abeille xylocope, une base organique que l'ammoniaque précipite, et qui se redissout dans les acides. Langer, avec le venin d'abeilles domestiques, arrive à la même conclusion : le principe actif serait une base soluble dans les acides et précipitable par l'ammoniaque. Une telle simplicité, de nature déjà exceptionnelle pour un venin comme celui des Iules, qui provient d'une seule espèce de glande, paraît improbable pour le venin des abeilles, où deux glandes distinctes concourent à sa formation. Le cas le plus simple est même celui où le venin, sécrété par une seule espèce de glandes, comme chez les serpents ou les batraciens, contient plusieurs substances actives.

C'est pourquoi nous avons pensé que l'analyse physiologique pourrait fournir, dans l'étude du venin des hyménoptères, comme dans celle du venin des serpents des documents nouveaux et intéressants.

Les abeilles qui servent à mes expériences proviennent du laboratoire de biologie végétale dirigé par M. G. Bonnier, et elles me sont expédiées de Fontainebleau par les soins de M. L. Dufour, dans d'excellentes conditions ; j'adresse à ces savants mes vifs remerciments.

Un des meilleurs réactifs physiologiques pour l'étude du venin d'abeilles est le moineau. Lorsqu'on fait piquer l'oiseau, dans la région pectorale, par deux ou trois abeilles, on voit survenir en moins de cinq minutes les symptômes d'intoxication. C'est d'abord un affaiblissement général et progressif du système moteur ; l'oiseau s'affaisse sur ses pattes ; il ne vole qu'avec peine et retombe épuisé ; la parésie augmente, et l'animal ne vole plus qu'en rasant le sol. Il oscille sur ses pattes et les mouvements sont incoordonnés ; bientôt il est pris d'un tremblement général qui augmente de plus en plus. C'est une sorte de danse de Saint-Guy dans laquelle les muscles des pattes, des ailes, de la tête, des yeux sont constamment agités de secousses cloniques ; la respiration devient difficile, et l'oiseau ouvre le bec pour aspirer l'air. L'animal conserve toute sa connaissance et se défend du bec et des ongles ; mais vers la fin, l'agitation est fréquemment interrompue par des périodes de somnolence, la paralysie s'accuse et la mort arrive au bout de deux à trois heures par arrêt de la respiration, tandis que le cœur continue à battre encore pendant quelques minutes.

A l'autopsie, le sang du cœur est noir et se coagule rapidement ; le muscle pectoral du côté inoculé a pris une teinte jaunâtre due à un commencement de mortification. La méthode qui consiste à faire piquer directement le sujet par l'hyménoptère permet d'observer les accidents produits par le venin dans les conditions mêmes où ils se manifestent dans la nature, mais ne permet pas de mesurer les doses de venin inoculé ni de varier les conditions expérimentales. On peut atteindre ce but en extrayant le venin et en en préparant une solution de la manière suivante : on saisit l'aiguillon avec une pince, et en tirant doucement, on fait sortir l'appareil venimeux tout entier. Le réservoir des glandes acides apparaît distendu par un liquide clair, et les glandes elles-mêmes se séparent peu à peu des parois du rectum sous forme de fils blanchâtres extrêmement ténus. On plonge l'appareil venimeux dans l'eau distillée ; le venin diffuse et l'eau prend une teinte laiteuse ; la solution est neutre. Inoculée à un moineau, elle produit les mêmes effets que la piqûre de l'abeille. C'est tout d'abord une action locale qui devient rapidement visible si l'injection a été faite dans la patte : le membre, devenu impotent, pend comme une masse inerte et traîne sur le sol ; le réflexe digital est aboli, et l'oiseau a grand'peine à se tenir perché. Les phénomènes convulsifs se déroulent ensuite et peuvent durer plusieurs heures. Enfin, tardivement, on voit survenir de la somnolence, de la stupeur et des troubles respiratoires qui sont la cause immédiate de la mort.

Ces trois phases de l'envenimation sont produites par des poisons distincts, et on peut le démontrer d'une manière indirecte, en modifiant le venin de telle sorte que les accidents dus à l'un de ces poisons soient supprimés, alors que les autres symptômes persistent. C'est ainsi qu'une solution de venin chauffée à 100° pendant 15 minutes ne produit plus d'action locale ; quant aux phénomènes généraux, ils se manifestent de la même manière, mais ils sont atténués et

n'entraînent pas la mort. Si le chauffage à 100° a duré une demi heure, le venin perd ses propriétés convulsivantes tout en conservant une partie de son pouvoir stupéfiant.

Maintenu en tube clos pendant 15 minutes à la température de 150°, le venin devient complètement inactif. Par le vieillissement à l'air, la solution chloroformée de venin perd ses propriétés convulsivantes, mais elle détermine encore une légère action locale, de la somnolence et des troubles respiratoires. Enfin une solution de venin versée sur un filtre Berkfeld à paroi très poreuse, ne conserve que ses propriétés stupéfiantes, même un peu réduites.

Il résulte des faits précédents que le venin d'abeille, tel qu'il est inoculé par l'insecte, contient trois principes actifs distincts : 1° une substance phlogogène dont l'action est le plus souvent seule à se manifester chez l'homme ; elle est détruite par le chauffage à 100° pendant 15 minutes, et reste sur la bougie Berkfeld ; 2° un poison convulsivant qui ne résiste pas au chauffage à 100° agissant pendant une demi-heure ; 3° un poison stupéfiant qui possède plus de résistance que le précédent aux causes usuelles de destruction (chauffage, oxydation...) et qui traverse partiellement le filtre.

L'existence, dans la sécrétion venimeuse d'un insecte, de deux poisons à effets absolument contraires est un fait nouveau qu'il est intéressant de rapprocher de ceux que M. Bouchard a le premier mis en lumière dans ses recherches sur les poisons de l'urine.

Une question reste à résoudre. Le venin tel qu'il sort de l'aiguillon étant un mélange de liquides sécrété par deux glandes différentes, la glande alcaline et la glande acide, il y a lieu d'examiner si les poisons qu'il contient sont sécrétés par une ou par les deux glandes, ou bien comme le pensait Carlet, ils résulteraient d'une réaction chimique se produisant dans le mélange. L'expérience suivante va nous le dire : on isole la vésicule des glandes acides du reste de l'appareil venimeux, et la piquant dans sa région postérieure, on recueille le venin qui en découle. On inocule au moineau une solution de ce venin frais ; l'oiseau succombe avec les symptômes déterminés par le poison stupéfiant ; en outre l'action locale est très énergique : la patte inoculée se paralyse presque immédiatement. Il est donc évident que le poison stupéfiant et la substance phlogogène sont sécrétés par la glande acide. Quant au poison convulsivant, il provient vraisemblablement de la glande alcaline ; mais il reste à le démontrer par une expérience directe.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 28 mai 1904.

Xanthélasma sans ictère.

MM. Gilbert et Lereboullet ont observé une femme présentant un double xanthélasma depuis 15 ans. C'était une cholémique familiale ; elle avait les signes de l'ictère acholurique (teint bilieux avec bistre périoculaire et taches pigmentaires). Or c'est toujours chez des ictériques, qu'il y ait ictere cholurique ou acholurique avec urobilinurie et cholérine, qu'on trouve le xanthélasma. Ceci permet de comprendre la fréquence du xanthélasma, chez les israélites qui sont atteints si souvent de la cholémie familiale et d'affections biliaires, la fréquence de cette lésion dans la même famille, et son évolution fréquente au cours du diabète.

Elimination du bleu de méthylène et de l'urée.

MM. Achard et Paisseau ont injecté du bleu de méthylène, 0 gr. 05 pendant 5 jours en même temps que 20 grammes d'urée, chez des sujets mis en équilibre d'azote par le régime. Les courbes d'élimination sont sensiblement parallèles. Il y a élévation rapide, plateau, puis abaissement dès que cesse l'ingestion. Chez les brightiques l'ascension est lente, le plateau minuscule, la descente traînante. Il y a aussi accumulation.

Elimination urinaire sous l'influence de chlorure de sodium pendant l'inanition.

MM. Claude et Villaret ont étudié le rôle du chlorure de sodium introduit en excès sur les échanges et éliminations L'élimination du chlorure de sodium a diminué (2 gr. 50 par kg. d'animal) en injections hypertoniques, les animaux étant soumis au jeûne et les urines examinées cryoscopiquement. Ces injections répétées ont produit de l'amaigrissement et élevé le taux des éliminations d'eau et de substance en dissolution.

La mort est survenue dans un cas par spoliation trop active de l'organisme, tandis que le témoin supportait le jeûne, ayant reçu une injection d'eau. L'amaigrissement est beaucoup plus rapide, chez les animaux qui jeûnent, si le chlorure de sodium est injecté.

Hémoglobine musculaire dans l'anémie.

MM. Ménétrier et Aubertin.— Dans l'anémie pernicieuse, comme dans les anémies graves, la pâleur des viscères tranche avec la coloration rouge des muscles striés qui conservent leur hémoglobine. Le myocarde se comporte comme un viscère et pâlit; il y a donc indépendance entre l'hémoglobine du sang et l'hémoglobine musculaire. On pourrait presque penser qu'il y a surchage d'hémoglobine dans le muscle et on pourrait croire à un phénomène compensateur ou une déviatiou du phénomène hémoglobinifère de l'organisme.

Action des rayons X dans la leucémie splénique.

MM. Guilloz et Spillmann ont traité la leucémie splénique par les rayons X chez une jeune fille de 27 ans, atteinte depuis 2 ans — en limitant l'action à la région splénique — tous les 3 ou 4 jours, pendant cinq minutes. Le sang se modifiait par diminution des leucocytes, et en même temps diminution de volume de la rate et amélioration de l'état général, cessation des épistaxis. On n'a constaté aucune lésion superficielle. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 juillet.

Traitement des varices par la marche.

M. Championnière lit un important rapport sur cette méthode du Dr Marchais. Il montre que l'immobilisation est loin d'être indispensable dans les fractures, dans les varices, dans les phlébites. En dehors de la marche contre les varices, M. Championnière conseille volontiers l'exercice sous forme de gymnastique couchée, comme dans la méthode suédoise. « On peut tirer, dit-il, un excellent parti du tricycle et de la bicyclette, en usant d'une bicyclette très peu multipliée. Ce travail évite la position verticale, ce qui est très heureux.

Il y aurait lieu d'encourager de tous nos efforts une tentative de l'usage du mouvement dans le traitement des varices. L'expérience moderne nous indique bien qu'il ne nous menace ni de phlébite, ni d'embolie et il nous arrachera à cette banalité du bas élastique, l'ultime traitement qui n'est que la consécration définitive de l'infirmité pour tant de gens qui pourraient échapper à ses douleurs et à ses complications. »

Quelques faits relatifs à l'action thérapeutique du radium.

MM. Raymond et Zimmern ont obtenu de bons résultats du radium comme analgésique dans les affections du système nerveux. Chez les tabétiques surtout, les douleurs fulgurantes, les crises gastriques, sont favorablement influencées.

En raison du prix élevé du radium, MM. Raymond et Zimmern ont essayé d'appliquer les rayons X à ces mêmes malades, et jusqu'à présent les résultats qu'ils ont obtenus sont venus confirmer leurs espérances.

La dissociation des souvenirs par l'émotion chez les hystériques.

M. Pierre Janet étudie les troubles psychologiques survenus chez une jeune hystérique à la suite de la mort de sa mère. D'un côté, pendant les états délirants, dans les crises, dans les hallucinations, on note une mémoire très précise et plutôt exagérée de cet évènement et de toutes les circonstances qui l'ont précédé. De l'autre, dans l'intervalle des délires, pendant les périodes considérées comme normales, il y a une amnésie profonde portant exactement sur les mêmes

évènements, l'amnésie rétrograde porte sur la mort de la mère et sur les trois mois précédents.

Pour M. Janet il y a là un type d'idée obsédante, absorbant toute l'attention sur un fait et sur son souvenir pendant la crise, au point qu'il n'en reste plus rien dans les intervalles. Aussi sa thérapeutique a-t-elle consisté logiquement, au lieu d'écarter l'idée-fantôme, à la ramener pendant les périodes de calme, à forcer la malade à penser à sa mère, en la lui rémémorant, de façon à égaliser ses facultés d'évocation déséquilibrées, et à faire que le souvenir existât chez elle sous forme modérée et régulière, et non par alternatives d'absence ou d'excès. Le succès répondit à son attente.

Un cas de laryngectomie.

M. GARIEL présente, au nom de M. Sébileau, un malade ayant subi la laryngectomie pour trois cancers du larynx. Ce malade porte un larynx artificiel mobile et très ingénieux. Ce larynx n'est placé dans l'orifice trachéal que quand le malade veut parler. Cette application intermittente supprime toute irritation de la peau.

L'Académie entrera en vacances à la fin du mois et désigne, pour faire partie de la Commission permanente pendant les mois d'août et de septembre, en dehors du bureau : MM. Hallopeau, Porak, Megnin, Kelsch, Chauvel, Chatin, Pouchet, Riche.

Election.

M. Thomas (de Moulins) a été élu membre correspondant national (3e division, médecine vétérinaire).

A.-F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 juillet 1904.

Traitement des sections de l'uretère (Suite).

M. GUINARD ayant réséqué un segment de l'uretère gauche au cours d'une hystérectomie abdominale pour fibrome compliqué de tumeur ovarienne, a implanté le bout supérieur dans l'S iliaque. Le rein droit, qui était petit et kystique a cessé au bout peu de temps de fonctionner et la malade n'urinait plus par la vessie. Les urines du rein gauche étaient émises, 2 fois par jour, par l'aine. L'opération a eu lieu il y a 4 ans.

M. TUFFIER dit que chez les animaux on a pu, avec succès, implanter le bout supérieur dans l'uretère du côté opposé.

Traitement des rétrécissements syphilitiques du rectum (Suite).

M. LEJARS a enlevé un rétrécissement de l'ampoule, chez une femme de 28 ans qu'il présente à la Société, par la voie vaginale. Le sphincter a été respecté. Aujourd'hui la femme conserve un peu de rectite, mais sans suppuration.

Drainage du canal hépatique par la méthode de Kehr.

M. DELAGENIÈRE (du Mans) a pratiqué ce drainage chez une femme de 54 ans atteinte d'angiocholite calculeuse et l'a fait suivre du drainage de la vésicule. La malade a guéri. L'auteur est d'avis que chaque fois qu'il y a une obstruction calculeuse du cholédoque avec augmentation du volume du foie, le canal hépatique est dilaté et son drainage s'indique en cas d'infection.

M. LEJARS insiste sur ce fait que Kehr pratique le siphonage du canal hépatique.

M. HARTMANN pense que le drainage de l'hépatique est surtout utile dans les angiocholites non calculeuses du type de celle qu'a relatée il y a quelque temps M. Mignon.

M. DELBET a toujours établi un siphon dans le drainage des voies biliaires.

M. DELAGENIÈRE ajoute que les compresses imbibées de sérum et recouvertes d'ouate hydrophile sèche tiennent lieu de siphon, à condition qu'elles soient changées toutes les six heures.

Quant au drainage de l'hépatique, son grand avantage est que pas une goutte de bile infectée ne passe par l'intestin.

Imperforation de l'œsophage. Gastrotomie. Mort.

M. KIRMISSON relate le cas d'un nouveau-né opéré le 3me jour. L'estomac était insufflé par l'air qu'avalait l'enfant et qui passait des voies aériennes dans l'œsophage (bout inférieur). Pendant l'opération, le malade fit des efforts et l'estomac se rompit. L'enfant mourut le lendemain.

L'auteur pense qu'en pareil cas, la gastrostomie doit être toujours tentée et la sonde poussée le plus loin possible dans le duodénum.

Séance du 20 juillet 1904

L'anesthésie par le mélange de chloroforme et d'oxygène.

M. KIRMISSON fait une communication sur ce procédé d'anesthésie obtenu par l'appareil de Rauth. Le dosage du chloroforme s'y fait d'une façon très exacte : en moyenne il en faut 4 grammes pour arriver à la narcose et ensuite 0 gr. 50 centigr. par minute. On n'observe presque pas de vomissements pendant l'opération. La respiration et le pouls sont très réguliers et il n'existe aucune tendance à la syncope.

M. Kirmisson a eu, avec M. Jalaguier, l'occasion d'employer l'appareil chez une enfant atteinte d'appendicite qui avait une communication inter-ventriculaire. L'anesthésie a été parfaite sans aucune menace d'asphyxie.

Inégalité de développement des membres inférieurs.

M. BROCA fait un rapport sur ce travail de Mme Nageotte Wilbouchewitch. Chez une fillette de 11 ans, atteinte de scoliose, le membre inférieur gauche était plus court de 4 centimètres. L'enfant avait eu, à l'âge de 18 mois, une série de lésions tuberculeuses osseuses (métacarpiens, hanche, genou), lésions superficielles, ayant guéri sans traces, mais pouvant expliquer néanmoins l'inégalité de développement.

Ankylose du genou et ostéotomie.

M. BROCA fait un rapport sur cette observation de M. Guillout ayant trait à une ankylose du genou à angle droit, consécutive à une arthrite par plaie pénétrante. Il a pratiqué l'ostéotomie dans l'ancien foyer articulaire et le résultat a été bon.

Kystes de l'ovaire tordus au cours de la grossesse.

M. FAURE fait un rapport sur trois observations de kystes tordus, dues à M. Lapeyre (de Tours). L'une des malades a accouché à terme. Les deux autres ont guéri par laparatomie après avortement.

Hysterectomie abdominale pour fibrome gangrené.

M. ROCHARD décrit le procédé, qui consiste à mettre quatre pinces sur le vagin, au-dessous du col, deux de chaque côté, et à sectionner entre elles pour éviter toute infection.

Laryngectomie et larynx artificiel.

M. SEBILEAU présente un malade muni d'un larynx artificiel qu'on a adapté après la guérison opératoire et qui a été imaginé par M. Delair.

L. KENDIRDJY.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 juillet 1904.

Méningite cérébrale suppurée compliquée d'érysipèle de la face chez un syphilitique ; lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

MM. COURTOIS-SUFFIT et BEAUFUMÉ rapportent un cas où la ponction lombaire et la clinique leur firent porter un faux diagnostic, ainsi que l'autopsie le leur démontra. Il s'agissait d'un malade atteint de syphilis secondaire qui fut emporté par une méningite suppurée exclusivement cérébrale, et, la ponction lombaire faite en temps opportun, avait montré dans le liquide céphalo-rachidien une lymphocytose très abondante et pure et trois jours après, la mort survint précipitée par un érysipèle de la face. Il est possible qu'il existait une indépendance entre le liquide céphalique et le liquide rachidien, que la méningite suppurée cérébrale était primitive, l'érysipèle secondaire et que les méninges rachidiennes qui avaient réagi par de la lymphocytose rachidienne obéissaient, indépendamment de l'infection des méninges cérébrales, à l'infection syphilitique préexistante.

La balance dans la cure de déchloruration.

MM. Widal et Courmont montrent des tableaux indiquant le secours que la balance peut donner dans la cure de déchloruration. La balance est l'instrument indispensable, disent-ils, pour mesurer les effets de la cure de déchloruration chez un brightique atteint non seulement d'œdème apparent, mais encore de préœdème.

Recherches des microbes dans le sang.

M. Courmont, après un certain nombre d'expériences, arrive à la conclusion que la recherche des microbes dans le sang n'est pas de nature à porter un grand secours à l'établissement du diagnostic.

Polynévrite d'origine alimentaire.

MM. Gilbert-Ballet et P. Rose rapportent un cas de polynévrite sensitivo-motrice qu'ils attribuent à l'ingestion de radis non lavés ; d'où accidents intestinaux primitifs et des troubles nerveux consécutifs.

Endocardite au cours de la tuberculose.

M. Œttinger communique une observation d'encocardite valvulaire à évolution lente survenue au cours de la tuberculose.

M. Barié confirme cette observation.

Séance du 22 juillet 1904.

M. Léri présente la colonne vertébrale d'un homme atteint de *cyphose hérédo-traumatique*.

Echec de l'inoculation péladique sur terrain optimum.

M. L. Jaquet a fait subir à un malade, atteint depuis trois semaines d'un large disque peladique non traité, l'inoculation de 85 follicules, à la région symétrique, avec l'aiguille à électrolyse, chargée des produits de raclage de son propre disque et aussi d'une aire toute récente et non traitée d'un autre malade.

De même façon, 120 inoculations furent tentées sur l'auteur lui-même, sur des élèves, sur une femme à barbe.

Toutes ces tentatives ont échoué ; et pendant ce temps un nouveau disque est apparu, sous les yeux de l'auteur pour ainsi dire, chez la malade inoculée en premier lieu, à sept centimètres au moins des points d'inoculation les plus proches. Cette expérience est un échec sérieux pour les contagionnistes.

M. A. Renaut présente un malade atteint de *psoro-spermose folliculaire et végétante généralisée*.

MM. Vaquez et Ch. Laubry résument un travail fait à propos d'un malade atteint de *cyanose avec polyglobulie et splénomégalie*.

MM. Achard et Paisseau communiquent un travail qu'ils ont fait sur *l'action comparative du régime carné et du régime amylacé sur les chlorures de l'organisme*. B. T.

CONGRÈS D'HYGIÈNE SOCIALE D'ARRAS

Communications diverses

Tuberculose et poussières des villes.

Etudiant le rôle des poussières dans le développement de la tuberculose, les Drs Le Gendre, médecin de l'hôpital Lariboisière, et A.-F. Plicque rapportent une observation soigneusement discutée et très démonstrative, établissant ce mode de contagion professionnelle chez un balayeur de la ville de Paris. En s'appuyant sur de nombreux documents empruntés tant aux rapports du conseil municipal qu'à ceux de MM. Muntz, Brouardel, Sartiaux, Petiche à la grande Commission de 1897, MM. le Gendre et Plicque discutent les conditions peu satisfaisantes où se fait à Paris l'enlèvement et le transport des ordures ménagères. Les nuages de poussières dégagés dans le système actuel sont dangereux pour les ouvriers chargés du travail, pour les promeneurs matinaux et même (en se déposant sur les etalages de comestibles) pour tout l'ensemble de la population parisienne.

MM. Le Gendre et Plicque discutent les diverses solutions possibles, en tenant compte tant de la dépense que des contrats en cours. Ils préconisent le système des récipients à ordures ménagères, en usage à Vienne et à Berlin : récipients fermés, à couvercle et interchangeables. Ces récipients sont enlevés chaque matin : contenant et contenu. La voiture qui les enlève laisse à leur place une boîte identique, vide et désinfectée.

La contagion tuberculeuse par le mobilier des phtisiques.

Les Drs Henri Bloch et A.-F. Plicque, après avoir rappelé les notions historiques et expérimentales prouvant ce mode de contagion, donnent de son importance une démonstration saisissante. Parmi les personnes appelées par leur profession à manier fréquemment le mobilier provenant de sujets phtisiques, figurent au premier rang les porteurs de l'hôtel des ventes. Or ces porteurs, bien que très robustes et très rangés, bien qu'ayant des conditions plutôt satisfaisantes d'existence, ont une mortalité très grande par tuberculose. Cette mortalité par tuberculose, dans les vingt dernières années, a atteint 72 % des décès. Elle est supérieure à celle des professions les plus exposées (médecins 14 %, religieuses hospitalières 27 %, infirmiers 58 %). MM. Bloch et Plicque insistent sur la nécessité d'une désinfection complète de tous les objets (linge, meubles, livres, habits, etc.) provenant des phtisiques, avant que ces objets ne soient ou donnés ou mis en vente.

Ils recommandent même la destruction pure et simple par le feu, pour les objets ainsi contaminés, quand ils sont de minime valeur.

REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

Rédacteur spécial : M. le Dr G. PAUL-BONCOUR.

I. — Précis des maladies des enfants ; par le Dr Baumel. (De Rudeval, Paris, 1904.)

Le « Précis de médecine infantile » que publie le Dr Baumel, dont il est inutile de rappeler la compétence indiscutable pour tout ce qui concerne la médecine infantile, est essentiellement et uniquement un livre pratique. Il expose avec une netteté parfaite les diverses maladies de l'enfance. Il met à la portée de tous les praticiens et des étudiants l'ensemble des questions intéressant l'enfance.

Grâce à un style clair et à une concision de bon aloi, cet ouvrage est appelé à rendre de signalés services. M. Baumel considère et avec raison, la pédiatrie comme une spécialité : un organisme en voie de développement est bien un organisme particulier, et les complications, comme l'évolution spéciale des maladies des enfants en sont la démonstration.

L'auteur n'a fait qu'effleurer ce qui dépend de l'anatomie pathologique et de la bactériologie (tout en en disant ce qui est nécessaire) pour insister sur la partie essentiellement clinique et sa grande expérience lui a permis de mettre dans ce volume beaucoup d'originalité. En somme, ce « Précis » mérite d'être entre toutes les mains.

II. — Le rachitisme et ses déformations ; par le Dr Mancini. (Hœpli, éditeur, Milan.)

Dans cet ouvrage très documenté, le Dr Mancini expose d'une façon très complète et très savante tout ce qui concerne le rachitisme. Il a rassemblé tous les documents ressortissant cette affection et qui sont épars dans une foule de publications.

L'auteur y ajoute également une partie personnelle.

On peut juger de l'importance du livre par l'énoncé des chapitres :

Chapitre I : Généralités et définition. Chapitre II : Etiologie et pathogénie : dans ce chapitre sont envisagées toutes les théories ayant trait au rachitisme. Chapitre III : Anatomie pathologique. Chapitre IV : Etude chimique des os et des organes. Chap. V. Symptomatologie : ce chapitre, le plus important, étudie avec une scrupuleuse exactitude toutes les

déformations inhérentes à la maladie. Chap. VI : Diagnostic. Chap. VII : Pronostic. Chap. VIII : Prophylaxie et traitement. Ajoutons que 110 figures ornent le texte.

III. — Les infections digestives des nourrissons; par NOBÉCOURT. (Joanin, Paris, 1904.)

Dans ce petit livre de 200 pages on trouve exposé ce que l'on sait à l'heure actuelle sur les infections digestives des nourrissons. La forme de ces volumes destinés à mettre au point des questions à l'ordre du jour est excellente : car le médecin, absorbé par sa clientèle, n'a pas le temps de lire de grands ouvrages de pathologie et souvent il recule devant la dépense occasionnée par l'achat de ces traités en plusieurs volumes qui au bout de peu de temps sont incomplets. Un manuel de poche ne peut donc qu'avoir du succès. Celui-ci est remarquablement fait : l'auteur est lui-même connu par les travaux qu'il a entrepris à ce sujet ; le seul reproche que j'adresserais à ce volume sur les infections digestives, c'est l'exagération donnée à la bactériologie et à la pathogénie ; mais cela n'est qu'une question de forme et ne diminue en rien la valeur du livre.

IV. — Observations sur 203 cas de croup et sur 81 tubages ; par MONTEFUSCO, DETKEN et ROCHOLL. (Naples, 1903.)

L'auteur expose sa statistique d'une façon très complète et en la faisant suivre de tous les détails désirables sur la symptomatologie, les altérations anatomiques, la sérothérapie, le tubage, ses indications, etc. Tout cet exposé est très instructif et constitue un document clinique d'un grand intérêt.

V. — Formulaire de poche pour les maladies des enfants ; par le Dr COMBY (Rueff, Paris, 1904.)

Ce petit volume est un guide commode pour les praticiens qui sont peu familiarisés avec la thérapeutique infantile, car, en raison de sa disposition, il permet de trouver immédiatement tous les renseignements désirables, que ce soit pour connaître le médicament ou le traitement externe à appliquer dans un cas défini, ou que ce soit pour s'informer de la nature ou du mode d'action d'un médicament déterminé. Autant de renseignements que nombre de médecins ne sauraient recueillir sans être obligés de feuilleter parfois plusieurs livres. Pour arriver à ce résultat le formulaire contient trois parties : dans la première sont passées en revue par ordre alphabétique les maladies et à chacune sont jointes les considérations thérapeutiques et hygiéniques qui leur conviennent. Dans la seconde partie, les médicaments sont rangés également par ordre alphabétique accompagnés de l'indication des doses et de formules. Enfin dans une dernière partie il existe une table de posologie.

VI. — Les exercices physiques et le développement intellectuel ; par Mosso (traduit de l'italien par CLAUDIUS-JACQUET. Bibliothèque scientifique internationale. (Alcan, 1904.)

Ce livre du savant professeur de l'Université de Turin touche à une question pleine d'actualité. L'intérêt qu'il éveille dans les milieux médicaux et surtout universitaires n'est pas inférieur à celui qu'ont provoqué les ouvrages antérieurs de M. Mosso.

Ce volume continue les travaux concernant les rapports du physique et du moral. Partisan convaincu de l'éducation physique, M. Mosso plaide sa cause avec chaleur ; il montre ce qu'elle a été chez les anciens, ce qu'elle est chez les modernes et surtout il insiste sur ce qu'elle devrait être. Si l'on veut obtenir des sujets harmonieusement développés, il doit y avoir une étroite alliance entre leur culture physique et leur culture intellectuelle. L'esprit se ressentant de l'état physique, son éducation ne doit pas rester indépendante de son substratum. Si on méconnaît ces principes fondamentaux, les êtres ne pourront offrir une résistance sérieuse aux circonstances mésologiques, et dans la lutte pour la vie ils seront des vaincus. M. Mosso étudie toutes les questions qui de près ou de loin touchent à sa thèse. La diversité des questions qui viennent se greffer sur l'idée primordiale, la nécessité de cultiver l'être physique, tout cela ne peut s'analyser : les preuves abondent au cours des raisonnements : chacun des chapitres ouvre des horizons que l'auteur ira certainement fouiller un jour ou l'autre. Toujours est-il que le volume a, pour nous autres Français, une importance considérable, car un mouvement sérieux et bien accentué existe à l'heure actuelle ayant pour objectif la restauration de l'hygiène du corps des écoliers, et dans ce livre nous pourrons puiser des arguments convaincants pour décider les pouvoirs publics à s'intéresser à cette grande œuvre de l'éducation physique, condition essentielle d'une forte éducation intellectuelle.

BIBLIOGRAPHIE

L'instinct d'amour, par le Dr ROUX. (Baillière, Paris, 1904.)

Partant de ce principe que les phénomènes de la pensée sont, comme les autres, soumis à la loi de la causalité, à un déterminisme rigoureux, et que, par conséquent, on peut ou pourra arriver à en donner une explication mécanique, M. Roux étudie l'instinct sexuel et malgré son apparente complexité et les formes supérieures qu'il revêt ou qu'on veut lui donner, il essaie de prouver que les manifestations en question sont réductibles, en dernière analyse, à des réactions fort simples. Aussi, partant du phénomène simple, le besoin sexuel de l'être unicellulaire, l'auteur en arrive à étudier l'amour dans ses formes supérieures. Tous les chapitres sont fort intéressants et s'enchaînent avec une logique impeccable.

On peut en juger : Chapitre I. Base organique de l'instinct sexuel. — Chapitre II. L'amour physique ; association du besoin physique avec d'autres sensations. — Chapitre III. L'amour physique ; le choix, la systématisation du besoin sexuel ; naissance du sentiment d'amour. — Chapitre V. L'amour, émotion, sentiment, passion. — Chapitre VI. Les formes supérieures de l'amour. — Chapitre VII. La pudeur. La chasteté. L'horreur sexuelle. — Chapitre VIII. Les maladies de l'amour. Les aberrations et les erreurs de l'instinct. — Chapitre IX. Hygiène et morale de l'amour. P. B.

La nomenclature anatomique et ses origines, par MM. BERT et PELLANDA. (Paris, Alcan, 1901.)

Dans ce volume, les auteurs donnent l'explication et l'origine des différents termes employés en anatomie. Ils y ont joint l'explication des dénominations anciennes qui sont employées de nos jours. C'est une œuvre savante, car, malgré sa brièveté, elle cache une connaissance profonde des auteurs anciens et elle représente une somme de travail considérable. P. B.

La médecine et les religions, par le Dr BRUZON. (Baillière et fils, Paris, 1904.)

Le Dr Bruzon, comme l'indique le titre de son livre, a recherché quels furent les rapports de la médecine avec les religions ; c'est un point qu'on connaissait peut-être, mais fort incomplètement et surtout fort superficiellement. L'auteur n'a pas craint d'aborder ce sujet compliqué et a réussi à mettre en lumière des faits d'un haut intérêt et d'une importance incontestables. L'évolution de la médecine est totalement inconnue : on sait d'où elle vient, on sait les grandes périodes de son histoire, mais on n'en saisit pas toujours les causes immédiates. En ce qui concerne les origines religieuses de la médecine, M. Bruzon nous montre que cette science s'est affranchie péniblement des influences théurgiques, qu'il y a eu des oscillations continuelles et qu'à l'heure actuelle l'influence religieuse dans beaucoup de circonstances est encore prépondérante (les pèlerinages par exemple). La première partie du livre s'occupe exclusivement des études historiques. La deuxième, intitulée : Etudes critiques, parle successivement de l'hygiène dans les diverses religions, de la médecine légale dans les législations religieuses, des pèlerinages, du mysticisme, du fanatisme et de la responsabilité.

L'auteur a fait preuve d'une science et d'une érudition profondes. G. PAUL-BONCOUR.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Commentaires et critiques médico-légales, concernant les modifications proposées par la Commission du Sénat à la loi du 9 Avril 1898, relative aux accidents du travail (*suite et fin*) (1);

(*Rapport au Sénat, 1903.*)

Par le Dr V. **THÉBAULT**

Docteur ès-Sciences, Ex-préparateur à la Faculté de Médecine de Paris.

Le certificat établi, à quelle personne le médecin doit-il le donner. ? N'oublions pas qu'en matière d'accident du travail, la blessure de la victime est le secret de polichinelle. Tout le monde sait ce dont est atteint l'ouvrier qui est porteur d'une maladie honorable, puisqu'elle a été contractée en travaillant et qu'elle n'est en aucune façon le résultat de ses vices ou de ses tares. Le premier venu est autorisé à crier, *urbi et orbi*, que l'ouvrier X est atteint d'une luxation de l'épaule, mais le médecin, c'est ridicule, doit se taire. La situation, à ce moment, est la suivante :

Le blessé a appelé un médecin, — que ce soit le sien propre ou celui du patron, peu importe, — qui donne ses soins et fait un certificat qui sera envoyé à la mairie où, le premier employé venu en pourra prendre connaissance et pourra aller crier, sur les toits, que X a une luxation de l'épaule. En supposant qu'il y ait pour lui violation du secret professionnel, il n'en est pas de même pour les camarades du blessé.

La loi est muette sur leur cas.

Donc : l'ouvrier, ses camarades, le patron, le maire, les employés de la mairie, les employés du greffe, le juge de paix, tout le monde, en un mot, sait que X a une luxation de l'épaule parce que le médecin l'a écrit.

Supposons qu'il survienne un différend entre patron et ouvrier lors du règlement d'indemmité.

D'après la *Semaine médicale*, « il est interdit au médecin de délivrer à une tierce personne intéressée à contester les conséquences des blessures un certificat dont l'usage pourrait être fait contre le blessé qui lui a accordé sa confiance. Et alors même que le médecin aurait été appelé d'un commun accord par les deux parties, l'obligation au secret professionnel n'en subsisterait pas moins au profit de la victime vis-à-vis de la personne responsable des blessures.

Il y a plus : Un certificat médical étant produit en justice dans les conditions sus-énoncées, le tribunal après l'avoir rejeté du débat, peut, sur les réquisitions du ministère public, en prescrire le dépôt immédiat au greffe aux fins d'examen de poursuites pour violation du secret professionnel. « (2).

On voit dans quelle mauvaise posture se trouve le médecin. Je pense avoir tourné la difficulté en employant le stratagème suivant. Le certificat étant fait, je le donne au blessé, lui-même, qui le transmet, lui-même, à toutes les personnes ci-dessus nommées. Dans ce cas, je crois être hors de cause car c'est le blessé, lui-même, qui dispose de son certificat et c'est lui-même qui fait connaître à tous les lésions dont il est atteint, divulgations dont il ne saurait, je pense, me rendre responsable. J'avoue cependant qu'au milieu du maquis procédurier, je ne sais jamais si j'ai bien ou mal fait d'agir ainsi que j'ai dit.

Telle est, d'après la nouvelle loi de 1898, la situation du médecin qui est souvent fort embarrassé. Non seulement les nouveaux textes soumis aux Chambres n'ont envisagé aucun des points que j'ai relevés plus haut, mais encore ils sont venus compliquer la situation en exigeant (art. 11) un certificat médical, faisant connaître, au juge chargé de l'enquête (art. 12), si la blessure *paraît devoir entraîner la mort ou une incapacité permanente absolue ou partielle*, et cela dans des termes qui puissent éviter la nomination d'un autre médecin (art. 13) pour renseigner le juge.

(1) Voir *Progrès médical* du 9 avril 1904, page 238.

(2) *Repert. méd. chir.*, mai 1901, n° 5, p. 10 ; décembre 1899, n° 7, p. 14.

Alors il n'y aura plus un, mais deux médecins de compromis dans cette occurence. Il est vrai que le second se réclamant d'une commission de justice sera protégé, mais le premier ? Qui juge en effet la situation ? Un magistrat, c'est-à-dire un incompétent en matière médicale. Il sera donc forcé de nommer expert pour rendre sa sentence. Tout cela n'éclaircit nullement le débat qui semble sans issue. C'est qu'en effet, il est une question qu'il convient avant tout d'élucider. C'est la suivante :

Etant donnés le médecin, le patron et l'ouvrier blessé, *Quid* client ?

Est-ce la victime qui reçoit les soins, est-ce le patron qui les paye ?

Lorsqu'un expert est nommé par un tribunal, si l'on pose la question : *Quid* client, la réponse découle d'elle-même : Le tribunal. C'est à mon avis l'unique raison qui mette le médecin à l'abri de la violation du secret professionnel. Or, c'est le tribunal qui juge, c'est lui qui commande et c'est lui qui paye.

Dans le cas de blessures du travail la situation est toute autre. Qui commande ? Le patron. Qui paye ? Le patron. Voilà une hypothèse dans laquelle c'est le patron qui est client ? Mais si l'on a la question suivante : qui commande ? Le blessé. Qui paye ? Le patron. Les avis seront partagés. La question est litigieuse. Il serait à désirer qu'un texte légal vînt éclairer le débat et trancher la difficulté, car autrement le médecin pris entre le tribunal, le patron et l'ouvrier, court grand risque, comme le papillon de la fable, d'être mis en pièces. C'est alors que les confrères se syndiqueront et refuseront de parti pris la délivrance de ces certificats.

La question est grosse de consequences, car elle ne tend rien moins qu'à la nomination de quelques confrères qui, jouissant de l'oreille du tribunal qui les commettra, seront, de ce fait même, seuls à l'abri des poursuites lorsqu'ils auront délivré un certificat.

C'est tout simplement un accaparement qu'il faut éviter, car il facilite l'arrivée de quelques privilégiés au détriment de la majorité. Le seul moyen qui me semble donner une solution acceptable pour tous est d'introduire dans le texte légal une ligne disant simplement :

« *En matière d'accident de travail et uniquement en matière d'accident de travail, le médecin est relevé du secret professionnel nonobstant tout autre article de loi, décret, jugement ou arrêt.* »

Dès lors, le médecin est autorisé à signer des certificats de cette sorte sans craindre des poursuites ultérieures qui peuvent, du jour au lendemain, transformer un honnête homme en un condamné de droit commun. Peu importe que le certificat soit remis au patron ou à l'ouvrier, peu importe l'emploi que l'un ou l'autre en fera, peu importe que le Procureur de la République demande le dépôt du dit certificat au greffe : Il n'y a plus lieu à poursuite.

Mais, observera-t-on, s'il y a erreur de diagnostic ou si, par malhonnêteté, le médecin — on nous accuse si souvent de cela, que nous pouvons bien envisager la question *de plano*, comme on dit au Palais — place dans la catégorie des accidents du travail une affection qui n'est pas un accident. La question ne doit pas même être posée. En effet, du moment que l'accident est bien défini, la confusion devient impossible et quiconque, dès lors, ferait un certificat semblable, tomberait sous le coup de la loi.

Mais qui peut apprécier le fait et savoir s'il y a réellement accident ou non ? Ce ne sont pas évidemment les magistrats, et, si la question doit être soumise à des juges, il faut, c'est absolument indispensable, que Minos, Eaque, et Rhadhamante soient docteurs en médecine, et qui plus est : *praticiens*. Avant d'avoir recours aux tribunaux judiciaires, presque tous les métiers ont recours à un tribunal professionnel pour trancher les différends de cette sorte. C'est le conseil de prud'hommes.

Notre conseil de prud'hommes se nomme Syndicat, appelez-le différemment si vous le voulez, mais laissez-lui la charge de trancher ce point litigieux, car lui seul est compétent. Après qu'il aura donné son avis et seulement à ce moment-là, livrez, s'il y a lieu, l'affaire au tribunal qui a mission d'appliquer la loi et qui agira suivant la coutume.

Mais, objectera-t-on, le Syndicat médical favorisera les

siens et toutes les affaires se termineront par un non-lieu. C'est là, qu'on le sache bien, une accusation qui n'est pas fondée et une attaque de pure méchanceté formulée pour l'unique plaisir de nuire, car, pour un médecin malhonnête, on me concédera qu'il y en a mille au-dessus de tout soupçon. Et puis, le nombre des accidents du travail n'est pas si grand que la liste n'en puisse être très rapidement dressée. Quelques rares cas seront alors litigieux et ceux-là seuls feront l'objet de l'appréciation des juges. Je sais bien que c'est donner au Syndicat médical un pouvoir qu'il n'a pas. C'est justement parce qu'il ne l'a pas que je le demande pour lui.

Quant aux conditions dans lesquelles devrait fonctionner ce tribunal arbitral, je ne suis pas juriste et je laisse à d'autres le soin de s'entendre avec les intéressés pour satisfaire tout le monde. Malheureusement, cette idée est simple, beaucoup trop simple même et satisfait beaucoup trop d'intérêts pour qu'elle soit prise en considération. On va objecter que les tribunaux ne jugent qu'après rapport d'expert. Mais l'expert est seul, et bien qu'il juge le différend avec sa conscienne, sa bonne foi peut être surprise. En outre il peut se tromper. Ceci n'est plus à craindre si le problème est résolu par plusieurs personnes.

Art. 15. — « *Sont jugés en dernier ressort par le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, à quelque chiffre que la demande puisse s'élever et dans les quinze jours de la demande, les contestations entre victimes d'accidents ou leurs ayant-droit et les chefs d'entreprise relatives, tant aux frais funéraires qu'aux frais de maladie ou aux indemnités temporaires jusqu'au jour du décès ou jusqu'à la consolidation de la blessure, c'est-à-dire jusqu'au jour où la victime se trouve soit complètement rétablie, soit définitivement atteinte d'une incapacité permanente, sans préjudice de l'action que la victime se croirait fondée à exercer conformément à l'article* 16. »

D'après cet alinéa, les discussions relatives au solde des frais funéraires et médicaux sont tranchées par le juge de paix dans la quinzaine. C'est une précipitation qui pourra peut-être éviter des déboires et des pertes de temps considérables. Nous ne suivrons pas l'honorable Rapporteur dans la compétence qu'il accorde au tribunal civil et qu'il refuse au juge de paix. C'est là jurisprudence hors de notre jugement. Je retiendrai simplement le terme « *Consolidation*. » Qu'est-ce donc que la *consolidation* d'une blessure ? Encore une expression qui n'a pas été définie.

D'après M. Chovet, « la date de la consolidation de la blessure est comme le point terminus entre l'indemnité temporaire et le point de départ du service de la pension. » Juridiquement cette définition peut être exacte, je l'ignore, mais médicalement il en est tout autrement.

Mon confrère Boyer a fait de cette question une étude toute particulière à laquelle je renvoie pour les détails, me bornant à reproduire ici ses conclusions :

2° On n'est pas d'accord sur le sens et la portée du mot consolidation.

3° Il y a deux façons de comprendre la consolidation : car elle a un sens médical et un sens légal : a) La conception médicale tient compte de tous les éléments de réparation de la blessure et de ses conséquences : la consolidation se place au moment où leur action est terminée et elle en mesure le résultat, donc elle a une date et une étendue ; b) la conception légale n'envisage que la date : c'est la date seule qui, pour la loi, est la consolidation, elle ne s'occupe pas de l'étendue en tant que consolidation ; si, par une convention, on l'y rattache, elle ne retient de l'étendue que les conséquences professionnelles en vue de l'indemnité ;

4° Dans presque tous les cas, le point de départ de la rente sera la date de la consolidation légale qui se placera :

a) Dans les incapacités permanentes absolues, à la fin du traitement ;

b) Dans les incapacités permanentes partielles, au jour de la reprise du travail ;

5° La date marque le point de départ de la rente, l'étendue mesure la capacité de travail conservée, donc le chiffre de la rente. Pour les apprécier, on se base sur l'état du blessé. Hors l'intention et la faute inexcusable, on ne tiendra pas compte, pour le règlement de l'indemnité, de tous les autres facteurs qui peuvent faire varier la date ou l'étendue : ils rentrent dans le risque professionnel ;

6° Le juge de paix est seul compétent pour connaître de la date de la consolidation, le tribunal de première instance pour connaître de l'étendue » (1).

Je me rallie complètement aux grandes lignes tracées par mon confrère, les divergences d'opinion qui pourraient nous séparer ne portant que sur les points de détails que je discuterai plus tard, dans une étude toute particulière que j'ai l'espoir d'écrire un jour sur la consolidation. Le législateur et les magistrats ne doivent pas perdre de vue la division de Boyer en a) *Consolidation médicale*, la première en date, et b) *Consolidation légale* qui ne peut être envisagée, étudiée et jugée qu'après l'établissement définitif de la précédente. Or qui peut connaître la première avec toute la compétence voulue ? Le médecin, encore une fois, et le médecin seul.

La 4e conclusion de Boyer considère la question des incapacités permanentes totales ou partielles. Qui peut juger sainement et avec toute la compétence voulue de l'état du blessé après sa guérison ? Qui peut juger de sa capacité fonctionnelle ? Le médecin, encore le médecin, et toujours le médecin.

Les lignes suivantes empruntées au rapport du Sénat, marquent donc un pas en avant, mais déplacent simplement la question.

« En cas de désaccord sur la date de la consolidation de la blessure constatée par un certificat médical et fixée ainsi qu'il est dit en l'article 16, le juge de paix demeure dessaisi et transmet le dossier au président du Tribunal civil. »

Elles ne tiennent compte en effet que de la consolidation légale, et ignorent la principale : la consolidation médicale.

Comment peut-il en être autrement, puisque la loi a été faite par des juristes ayant à se prononcer sur des faits pour lesquels leur incompétence ne fait de doute pour personne.

Le rapport du Sénat nous apprend en effet que l'indécision dans laquelle se sont trouvés certains juges de paix a souvent poussé ceux-ci, par excès de scrupules, à se déclarer incompétents et à transmettre le dossier de l'affaire au tribunal civil qui seul à leurs yeux était compétent.

D'autres juges de paix, par contre, s'élevant contre tout bon sens, non seulement acceptaient la compétence juridique qui était de leur domaine mais, ce qui est plus scabreux, la compétence médicale. C'est l'honorable Rapporteur du Sénat lui-même qui nous le dit :

« Or, cette consolidation de la blessure peut subir des retards considérables, soit pour cause de dissimulation d'une prétendue victime, soit par l'effet de la négligence ou de la complaisance (!) du juge de paix qui seul a qualité pour fixer un terme à l'indemnité temporaire. *On a vu, en effet, malgré l'avis du médecin autorisé déclarant la blessure consolidée, le juge de paix estimer que la période de traitement devait être prolongée et, par suite, l'allocution journalière être continuée à la victime.* (2) C'est que, dans l'expectative d'une rente assez faible, la victime fait tous ses efforts pour ajourner la date de la consolidation de la blessure. Ce n'est pas tout : lorsque survient le règlement de la rente, le juge du tribunal civil, sur *l'avis de médecins compétents*, se voit dans la nécessité de fixer le point de départ des arrérages à une époque antérieure plus ou moins éloignée, et surgissent alors des contestations pleines d'acrimonie au sujet des compensations à opposer pour les sommes perçues en trop par le blessé. Il n'était donc pas prudent de laisser au juge de paix la faculté de déterminer sans restriction et sans appel la date de la consolidation de la blessure ».

Le mot est lâché : la simulation de la victime vient gêner la conscience du juge. L'un, *par complaisance*, maintient le *statu quo* jusqu'à plus ample informé, l'autre résoud la difficulté en passant outre aux dires des *médecins autorisés*. En bon français, c'est là ce que Pinard appelait, avec humour, « faire de l'exercice illégal de la médecine légale. »

Je n'ai pas l'intention de m'ériger en moraliste, mais je me rappelle malgré moi le vieux dicton latin « *ne sutor ultra crepidam.* »

(1) J. Boyer. La consolidation dans les accidents du travail. *Th. Paris*, 1903.

(2) J'ai rapporté ailleurs (*Progr. méd.* 1903, p. 457 et 475) une série de jugements qui montrent non seulement l'incompétence des juges, mais encore la désinvolture avec laquelle certains tribunaux jettent au panier les avis médicaux.

Peut-il en être autrement ? Je ne le pense pas après examen. La loi force les juges à émettre un avis sur des choses qu'ils ignorent. Une fois de plus la loi se respecte en se violant, à moins qu'on ne puisse dire, sans être irrespectueux à son égard, qu'illogique avec elle-même, elle se contredit dans ses propres termes.

En effet, la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, dit (art. 1) que nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est pourvu du diplôme, etc..... — L'article 16 ajoute qu'exerce illégalement la médecine toute personne non munie du diplôme de docteur, etc..., qui peut être poursuivie par la juridiction correctionnelle (art 17). Que diraient le Garde des Sceaux et les Chambres, si le Syndicat des Médecins portait plainte contre le juge de paix pour exercice illégal de la médecine !

Ainsi, il ne suffisait pas que les médecins soient en mauvaise posture, le corps judiciaire tout entier y est également, car le tribunal civil, pas plus que le juge de paix n'a la compétence voulue pour trancher la question et les deux professions doivent se faire de mutuelles concessions. Le tribunal, quel qu'il soit, doit fermer les yeux sur la violation quotidienne du secret professionnel et les médecins doivent laisser chaque jour les juges faire de l'exercice illégal de la médecine. *Dura lex sed lex* !

D'où vient le mal ? De ce fait que la loi sur les accidents du travail est fondamentalement médicale et qu'on a voulu en faire une loi ordinaire, analogue à celle qui refrène le viol, l'assassinat, les délits de toutes sortes. Ce n'est pas une loi anticriminelle ou antidélictueuse, c'est une loi de protection. On l'a oublié, d'où les défauts et les points litigieux que j'ai montrés précédemment.

Ce que j'ai dit pour l'incompétence des juges, en matière de consolidation, trouve son application lorsqu'il s'agit d'estimer la moins-value de l'individu. En effet, si un ouvrier possède, avant son accident, une valeur physiologique — *alias* fonctionnelle — que l'on estime à 100, il ne possède plus, après sa guérison — dans certains cas du moins — qu'une valeur égale au 1/3, au 1/4, à la moitié de sa valeur primitive. Il serait utile de développer cette étude, ce qui m'entraînerait trop loin, aussi me contenterai-je de la signaler ici, mais la moindre réflexion permet de reconnaître que, seul, le médecin est compétent pour apprécier exactement cette perte physiologique subie par la victime.

Il serait donc à désirer, qu'avec son certificat de consolidation, le médecin donnât le pourcentage de la perte physiologique de l'individu. Au tribunal ensuite incomberait le soin de fixer la rente ou l'indemnité à verser à la victime. Aussi longtemps que ce principe sera méconnu et restera lettre morte, aussi longtemps le désaccord existera. De cette façon, l'article 16 devient d'une application commode, puisque « *le certificat médical attestant la consolidation de la blessure* » devient indiscutable, à la condition que la phrase écrite en italique, soit ainsi formulée : « *le certificat attestant la consolidation médicale de la blessure et indiquant la date exacte de celle-ci* ».

Le second alinéa devient extrêmement facile à interpréter puisque « la réduction du salaire de base et la réduction que ce salaire a subie, par suite de l'accident, reposent sur une donnée exacte et sur des chiffres d'une compétence indéniable. En cas de désaccord, le tribunal trancherait le différend par voie d'experts, ainsi qu'il le fait actuellement. Je ne m'illusionne pas que cette façon de faire entraîne un emploi moins fréquent des experts médico-légaux. Ils n'auraient uniquement à intervenir que si l'ouvrier récusait le chiffre d'incapacité que le médecin aurait transmis — à titre d'indication — au tribunal. Le fait serait rare, il faut le reconnaître.

Enfin, l'intervention du médecin est de toute nécessité si l'on envisage la question de *révision* (art. 19).

Il nous faut admettre, en effet, que, lors de la consolidation médicale de la blesssure, un certificat, ayant surtout pour objet de fixer le caractère et le degré d'infirmité, conséquence de la blessure, a été établi. Ce certificat doit être surtout *descriptif* et c'est d'après lui que la rente est arbitrée et allouée. Survienne, dans le délai des trois ans, une demande en révision basée sur une augmentation ou une diminution de l'infirmité primitivement constatée. Il est évident que cette demande de révision ne peut utilement être examinée qu'autant que le tribunal sera en état de faire une comparaison entre l'état actuel et le même état primitif, comparaison qui, en pratique, ne se peut faire que par le rapprochement du certificat de consolidation d'un autre certificat que l'on demandera au médecin dont l'intervention, dans ce dernier cas, est aussi nécessaire que dans le premier.

***

La loi sur les acccidents du travail présentait, on le voit, de nombreuses lacunes. Etant donnée la façon dont elle est édifiée, elle est nuisible non seulement au corps médical, mais encore aux ouvriers eux-mêmes qu'elle a cependant la prétention de protéger. Il est, en effet, impossible, en France, dans l'état actuel des choses, de faire, ainsi qu'en Allemagne, du traitement intensif. Beaucoup de points ne peuvent, chez nous, recevoir une application toute simple outre-Rhin. Les Germains n'ont ni le même caractère ni les mêmes mœurs que les Français, mais ce n'est pas une raison pour ne pas emprunter à nos voisins ce qu'ils peuvent avoir de bon, en laissant de côté ce qu'ils peuvent avoir de mauvais. Le traitement intensif et les hôpitaux corporatifs sont une des bonnes choses que nous pouvons prendre à l'Allemagne. Il suffit pour s'en convaincre de lire le travail de Roques sur cette question (1). Je sais bien que la loi française est en pleine période de gestation et que le Parlement, qui la modifie tous les jours, la modifiera encore en s'appuyant non seulement sur l'expérience quotidienne, mais encore sur ce qui se fait à l'étranger qui, souvent, va beaucoup plus loin que nous. C'est ainsi que la loi belge, sur cette matière, s'exprime de la façon suivante dans l'article 3 bis qui correspond à notre article 4 :

Le chef d'entreprise est, conformément aux dispositions ci-après, tenu des frais médicaux et pharmaceutiques et d'hospitalisation.

La limite de ces frais est de six mois au maximum.

Si le chef d'entreprise a institué, à sa charge exclusive, un service médical et pharmaceutique et en a fait mention dans une clause pénale du règlement d'atelier, la victime n'a pas le choix du médecin et du pharmacien ; il en est de même lorsque, à défaut de règlement d'atelier, les parties sont, par une stipulation spéciale du contrat de travail, convenues que le service est institué par le chef d'entreprise.

Dans les autres cas, la victime a le choix du médecin et du pharmacien ; mais le chef d'entreprise n'est tenu qu'à concurrence de la somme fixée à forfait par un tarif établi par arrêté royal.

Les indemnités pour frais pharmaceutiques et médicaux pourront être payées à ceux qui ont légalement l'obligation d'y pourvoir ou à ceux qui, à leur défaut, en ont la charge. Les tiers à qui ces frais sont dus ont une action directe contre les chefs d'entreprise (2).

La loi espagnole du 30 janvier 1900 concernant les accidents du travail abonde dans le même sens (3).

De cette longue analyse, il résulte clairement, pensons-nous, que la loi sur les accidents du travail doit être envisagée a deux points de vue bien différents. Le premier, purement *médical*, le second, purement *juridique*, ne pouvant entrer en jeu qu'après épuisement de l'action du premier. Voyons donc rapidement, ce seront nos conclusions, les désiderata qu'il serait utile de corriger et supposons, pour ne rien oublier, le cas d'un homme victime d'un accident du travail.

I. — L'homme est blessé et le médecin appelé lui donne ses soins en n'obéissant qu'à sa conscience. Ces soins seront continués aussi longtemps que le médecin traitant le jugera utile.

II. — La loi laisse au blessé le libre choix de son médecin, mais accorde au patron la liberté de surveiller le traitement suivi par le blessé.

En cas d'avis différents entre les deux confrères, un troisième

(1) Roques. La médecine des accidents et les hôpitaux de corporations industrielles en Allemagne. *Th. Paris* 1901.

(2) Vote de la Chambre des représentants belges du 4 juin 1903, à propos de la loi sur les accidents du travail, art. 3 bis.

(3) F. Aumatell Tusquets. Los accidentes del Trabajo. Barcelone, Penella y Bosch, 1903.

consultant choisi d'un commun accord entre les deux médecins, trancherait le différend sans appel (1).

III. — *Le médecin est seul compétent pour savoir s'il y a ou non accident au point de vue chirurgical, pour juger la situation et donner un pronostic.* Il signera le certificat exigé par la loi *qui le relève dans ce cas et uniquement dans ce cas du secret professionnel.*

IV. — Le patron étant tenu de supporter tous les frais médicaux et pharmaceutiques dépendant d'un accident du travail, *il importe, avant tout, de définir ce que l'on entend par accident du travail.* En outre, lorsqu'il y aura lieu à intervention, *le patron devrait assurer, à ses frais, l'hospitalisation de l'ouvrier dans une maison* ad hoc *qui ne pourrait, en aucun cas, dépendre de l'Assistance publique.*

L'intérêt de l'ouvrier et celui du patron étant communs et résidant l'un et l'autre, ainsi que M. Mirman le reconnaissait lui-même à la tribune de la Chambre, dans une guérison aussi rapide que possible et présentant un déchet minimum, c'est la loi belge qui semble donner, à ce point de vue, les meilleurs résultats. Non seulement le blessé ne pourrait, sous prétexte que ses préférences sont acquises aux l'hôpitaux de l'A.P., se refuser à recevoir les soins donnés dans ces maisons ad hoc, *mais encore les portes de l'hôpital devraient, sauf les cas d'extrême urgence, impitoyablement se fermer devant lui* (2).

Le malade ne quitterait ces maisons ad hoc, *entretenues avec les deniers des chefs d'entreprise, qu'après sa guérison absolue. Si, pour les besoins du service hospitalier, il devenait nécessaire de le renvoyer dans sa famille avant la guérison complète, il n'en resterait pas moins pensionnaire externe de la maison, sa liquidation ne pouvant être faite qu'après guérison absolue, c'est-à-dire, lorsque les médecins traitants estimeraient que le blessé n'a plus rien à attendre de leur art.*

V. — *C'est le médecin traitant, seul juge de la consolidation médicale, qui donnerait le certificat de guérison ainsi que le désire la loi.*

Ce certificat doit être, si le médecin n'est pas relevé du secret professionnel, déposé directement entre les mains du client. Il serait à désirer qu'un texte légal fixât les esprits et dît si le client est celui qui reçoit les soins ou celui qui les paye.

Enfin, la victime guérie, apte ou non à reprendre son travail, l'affaire serait liquidée, par le tribunal, dans les formes prévues par la loi mais, avant toute intervention de justice, il serait à désirer que le médecin décidât de la moins-value physiologique supportée par le blessé (3), *et, qu'en même temps, son intervention soit plus étendue lorsqu'il y aurait lieu à révision.*

VI. — *Enfin, les médecins seraient honorés suivant un tarif spécial uniquement applicable aux accidents du travail, tarif reposant sur le prix de la visite locale, que les confrères d'une région établiraient, tous les ans, à date fixe, après entente avec les chefs d'entreprises, tarif qu'ils feraient publier et approuver par l'autorité préfectorale, et dont les tribunaux ne pourraient, en aucun cas, se réclamer pour juger les litiges survenant dans la clientèle ordinaire : ce tarif ouvrier étant un tarif minimum consenti, par humanité, aux seuls blessés du travail.*

La loi, on le voit, présentait de nombreux points à élucider. Je n'ai pas la prétention d'avoir résolu les problèmes multipliés qui ont surgi à chaque instant. J'ai ouvert la voie. Que d'autres m'y suivent et que le Parlement comprenne bien *qu'il y a deux phases, l'une médicale pour laquelle on n'a rien fait, l'autre judiciaire pour laquelle on a, sinon tout, du moins beaucoup fait.*

ADDENDUM

Ce travail était déjà composé à l'imprimerie lorsque nous avons pu nous procurer le mémoire bien documenté de Dauchez sur la question hospitalière (4).

Nous sommes heureux de constater que nos idées concordent, au moins dans leurs grandes lignes, avec celles de notre jeune confrère auquel un médecin légiste des plus autorisés, le docteur Thoinot, inspira le sujet de sa thèse.

Nous ne pouvons mieux faire ici qu'en conseiller la lecture à ceux que cette question intéresse, regrettant que sa publication tardive ne nous ait pas permis d'y faire de nombreux emprunts.

Dr V. Th.

(1) J'écris en italique tout ce qui m'est personnel, laissant en caractères ordinaires ce que j'emprunte au rapport du Sénat.

(2) Nous ne saurions trop partager l'opinion de notre confrère P. Sébileau lorsqu'il dit que « l'admission des malades payants dans les hôpitaux lèse les intérêts des vrais pauvres et du corps médical ». (L'hospitalisation à Paris des sinistrés du travail. *Rev. de Déontologie, 9 décembre* 1903, p. 86.)

(3) Dans une récente conférence faite à Bruxelles, notre confrère de Guermonprez nous dit qu'il existe en Allemagne quelque chose d'analogue qui semble donner d'excellents résultats outre-Rhin.

De Guermonprez. — Situation créée en France par l'application des lois spéciales sur les accidents du travail. (*La médecine des accidents du travail*, 1903, n° 6, p. 341.)

(4) V. Dauchez. L'hospitalisation des accidentés du travail. *Th. Paris*, 1903.

VARIA

Hommage au Dr Huchard.

Samedi, 23 juillet, a été remise solennellement à M. le Dr Huchard, membre de l'Académie de Médecine, une médaille que les amis et les élèves du savant médecin ont fait frapper en son honneur. La cérémonie était présidée par M. le Pr F. Guyon ; de nombreux discours ont été prononcés vantant les travaux de M. Huchard. La médaille, œuvre du graveur Alfred Boucher, représente à l'avers le profil du maître. Au revers un groupe allégorique représente un Génie auscultant une femme avec cette devise : *In corde spes, vis et vita.*

Voyages d'études médicales aux stations hydrominérales et climatiques de France.

Le 6e voyages d'études médicales aura lieu du 3 au 15 septembre 1904. Il comprendra les stations du Centre et de l'Auvergne : Néris, Évaux, La Bourboule, Le Mont-Dore, Saint-Nectaire, Royat, Châtel-Guyon, Vichy, Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy, Saint-Honoré, Pougues, les Sanatoriums de Lamotte-Beuvron et de Durtol, les Stations climatiques de Vic-sur-Cère et du Lioran. Le V. E. M. de 1904, comme les cinq précédents, est placé sous la direction scientifique du Docteur Landouzy, Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine de Paris, qui fera sur place des Conférences sur la Médication hydrominérale, ses indications et ses applications. — Réduction de moitié prix sur tous les Chemins de fer pour se rendre, de son lieu de résidence, au point de concentration, Lamotte-Beuvron. Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français. Même réduction est accordée, à la fin de la tournée, au point de dislocation, Pougues, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ. De Lamotte-Beuvron à Pougues, prix à forfait : 250 francs, pour tous les frais : chemins de fer, voitures, hôtels, nourriture, transports des bagages, pourboires.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser au Docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris (VIIIe arrondissement). Les inscriptions sont reçues jusqu'au 15 août 1904, terme de rigueur.

CONGRÈS ET EXPOSITION

VIIe Congrès international d'Otologie.

(Bordeaux, 31 juillet, 5 août.)

Programme. — *Dimanche* 31 *juillet.* — De 9 à 11 heures du soir. Réception des membres du Congrès par le Comité français d'organisation à la Faculté de médecine, place d'Aquitaine.

Lundi 1er *août.* — A 9 heures du matin. Séance d'ouverture : 1° Discours du Président du Comité d'organisation ; 2° Discours du Président du dernier Congrès ; 3° Election du Bureau ; 4° Communication du professeur Politzer sur la nécessité de l'enseignement otologique dans les Facultés. De 3 à 6 heures. Lecture de mémoires et discussions, à la Faculté de médecine.

Mardi 2 *août.* — A 9 heures du matin. Réunion générale. — Discussion du rapport de MM. Politzer, Gradenigo et Delsaux, sur le choix d'une formule acoumétrique simple et pratique. — A 1 h. 1/2 de l'après-midi : Lecture de mémoires et discussions. Départ pour Saint-Emilion ; excursion archéologique et banquet.

Mercredi 3 *août.* — A 9 heures du matin. Discussion sur le rapport de MM. Brieger, Von Stein et Dundas Grant sur le diagnostic et le traitement des suppurations du labyrinthe.

Communications diverses. A 2 heures. Communications diverses et discussions. 5 heures. Garden-party et banquet, offerts par le Président du Congrès.

Jeudi 4 août. — A 9 heures du matin. Discussion du rapport de MM. Knapp, Schmiegelow et Botey sur la technique de l'ouverture et des soins consécutifs de l'abcès cérébral otogène. A 2 heures de l'après-midi. Communications diverses et discussions. 7 h. 1/2 du soir. Banquet offert par la Société française d'otologie et le Comité français d'organisation.

Vendredi 5 *août.*—Excursion en Médoc. L'heure et le point du départ seront fixés ultérieurement.

XIVe congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

(Pau — 1er-7 août 1904.)

Lundi 1er août. — Matin : Séance d'inauguration. — Après-midi : 1er rapport. — M. Deny : *Des démences vésaniques.* — Discussion. Soir : Réception par la Municipalité de Pau.

Mardi 2 août. Matin : Suite de la discussion du 1er Rapport. Communications diverses. — Après-midi : 2e Rapport. — M. Sano : *Des localisations motrices de la moelle.* — Discussion. Soir : Banquet du Congrès.

Mercredi 3 août. — Matin : Visite à l'Asile St-Luc. Déjeuner à l'Asile. — Après-midi : Communications diverses.

Jeudi 4 août. — Matin : Excursion à Lourdes. Déjeuner au Pic du Ger. — Après-midi : Communications diverses (au Pic du Ger.)

Vendredi 5 août. — Matin : 3e Rapport. — M. Kéraval : *Des mesures à prendre contre les aliénés criminels.* — Discussion. — Après-midi : Communications diverses. Soir : Séance de projections. — Réception par la Société de Médecine de Pau.

Samedi 6 août. — Matin : Excursion de Pau à Izeste. — Communications diverses (à Louvie). — Déjeuner à Izeste. — Après-midi : Excursion à Eaux-Chaudes. Coucher à Eaux-Bonnes.

Dimanche 7 août. — Matin : Excursion au Col d'Ausbisque. — Réception à Argelès. — Dislocation du congrès.

Adresser, sans retard, à M. le Dr Girma, secrétaire général du Congrès, asile des aliénés de Pau : 1° les adhésions et le montant des cotisations ; 2° l'itinéraire à parcourir en chemin de fer pour se rendre à Pau. Réduction de demi-place du 27 juillet au 13 aout inclus) : 3° les titres et résumés des communications et discussions. Un programme plus détaillé sera adressé à tous ceux qui ont manifesté l'intention de se rendre au Congrès ou qui en feront la demande.

Exposition internationale d'Hygiène

(Paris, août-novembre 1904.)

Une exposition internationale d'Hygiène, patronnée par les Ministres du Commerce, de l'Industrie, des Postes et Télégraphes, de la Marine, de l'Instruction publique, de la Guerre, de l'Agriculture, des Colonies, etc., se tiendra à Paris dans le Grand-Palais, d'août à novembre 1904.

Association française d'Urologie

(20-22 octobre 1904.)

La huitième session de l'Association française d'Urologie se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du 20 au 22 octobre 1904, sous la présidence de M. le Professeur Guyon.

La question mise à l'ordre du jour est la suivante : « *Indications et valeur thérapeutique des prostatectomies* », rapporteurs : MM Escat (de Marseille) et Proust (de Paris).

Les membres de l'Association qui auraient une communication à faire soit sur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le Secrétaire général : M. E. Desnos, 59, rue de La Boétie, Paris.

Association française pour l'avancement des sciences ;

Congrès de Grenoble (4-11 août 1904).

M. le Dr Loir, président de la Section d'hygiène, vient d'adresser la lettre suivante aux membres du Congrès de l'A. F. A. S. :

L'an dernier, au Congrès d'Angers, les membres de la section d'hygiène ont bien voulu me désigner pour organiser leurs travaux pendant la session de Grenoble, au mois d'août 1904. En constatant le resultat du scrutin, le President de la section, M. le Docteur Henrot, de Reims, a exprimé l'espoir que je saurais amener les maîtres de l'hygiène à s'associer à nous, en nous donnant des communications. La section d'hygiène des Congrès annuels de l'A. F. A. S., n'a pas la prétention de faire concurrence aux congrès internationaux d'hygiène ou de médecine, dans lesquels les études qui sont lues devant les représentants les plus autorisés de l'hygiène, doivent avoir un caractère scientifique et général bien marqué. L'A. F. A. S. a été fondée il y a trente ans, sur le modèle de la « British Association for the advancement of sciences », pour éveiller l'esprit scientifique dans nos départements en allant chaque année tenir nos congrès dans les villes de notre territoire.

Au point de vue de l'hygiène, il existe dans les differentes parties de la France, des hommes qui réunissent petit à petit des documents intéressants sur leurs régions, mais qui gardent ces richesses pour eux-mêmes ; ils n'ont pas l'idée ou la possibilité de les faire connaître à tous. Les sociétés locales ne sont pas assez riches pour publier des travaux par trop spéciaux. — En les accueillant dans les volumes de nos comptes rendus, nous accumulerons des documents précieux. Nous invitons les sociétés locales à nous adresser les plus intéressantes des communications spéciales qui leur ont été présentées. Peut-être parmi toutes ces publications se trouvera-t-il des études qui auront leur utilité générale. Dans tous les cas, nous espérons nous créer ainsi une nouvelle pépinière de travailleurs dont quelques-uns viendront nous d'une façon permanente. Tous les ans, notre Société donne d'importantes subventions. Jamais la plus petite somme ne vient encourager un travail d'hygiène. Il en sera autrement, le jour où les mémoires présentés à notre section attireront fortement l'attention. Nous pourrons alors, devant les succès que nous aurons obtenus, réclamer au conseil une part de ces largesses.

En Angleterre, les meetings de notre aînée, sont suivis par l'élite du monde savant et les communications qui y sont faites, frappent l'esprit de ceux qui peuvent, dans chaque partie de la Grande-Bretagne, subventionner les recherches scientifiques, aussi la British Association est-elle beaucoup plus riche que l'Association française. Elle est comme le trait d'union entre toutes les sociétés locales, elle aide et facilite leur essor. Nous pouvons prétendre à jouer le même rôle en France, mais il faut pour cela que nos maîtres viennent au milieu de nous, diriger nos efforts. Nous les prions d'imiter les Pasteur, les Rochard, les Durand-Claye, les Proust, qui autrefois marchaient à notre tête et entraînaient la foule derrière eux.

Toutes les choses de l'hygiène peuvent être traitées dans nos séances, cependant nous demandons à certains d'entre vous de nous parler des questions locales spéciales au Dauphiné, de nous décrire les qualités de ces régions où pendant l'été on cherche en ce moment à attirer les habitants de nos grandes villes qui se précipitent du côté des plages maritimes.

Nous signalons à nos collègues une question d'actualité qui a été mise à l'ordre du jour du futur Congrès d'Hygiène de Berlin à la demande de M. le Docteur Calmette, c'est la contagion par les insectes.

M. Mesnil, chef de Laboratoire à l'Institut Pasteur, fera une communication, qui rentre dans cette question, sur l'hérédité dans les maladies à protozoaires.

Nous mettrons à l'ordre du jour d'une de nos séances l'assimilation des maladies professionnelles aux accidents du travail. Un mémoire de M. le Docteur J.-P. Langlois, agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, sur ce sujet, sera envoyé, avant le Congrès, à ceux qui en feront la demande.

Après entente avec M. Turquan, président de la section d'économie politique, la discussion sur cette question se fera devant les deux sections réunies.

M. le Docteur Louis Martin, directeur de l'Hôpital Pasteur, fera une communication sur la prophylaxie de la diphtérie chez les enfants, depuis la naissance jusqu'à l'âge de deux ans. La lecture de ce rapport ouvrira forcément une discussion sur l'usage préventif des sérums.

La question de la prophylaxie de la peste est toujours à l'ordre du jour. Nous avons profité du Congrès pour de-

mander à la Société Danoise contre les rats d'organiser à Grenoble, comme annexe du Congrès, une exposition des engins de destruction des rats, analogue à celle qui a été faite à Copenhague en 1898 sous la présidence du Conseiller de Justice Zuschlag.

Je vous serai obligé de me faire connaître les titres des mémoires et communications que vous auriez l'intention de présenter afin que le programme de la session, qui paraîtra très prochainement, en contienne l'indication.

Dans l'espoir que vous voudrez bien concourir au succès de cette session je vous prie, Monsieur et cher Confrère, de recevoir à l'avance mes remerciements et l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Congrès Français de médecine — 7e Session

(Paris — 24-27 octobre 1904.)

Le 7e Congrès Français de médecine se tiendra cette année à Paris, du 24 au 27 octobre inclusivement, sous la présidence du professeur Cornil. Les questions suivantes ont été choisies par le Congrès de Toulouse pour faire l'objet de rapports et de discussions.

I. La pression artérielle dans les maladies, rapporteurs: MM. les Drs Bosc et Vedel (Montpellier); M. le Dr Vaquez (Paris). — *II. Des injections mercurielles*, rapporteurs : M. le Dr Lannois (Lyon) ; M. le Dr Balzer (Paris). — *III. De l'obésité*, rapporteurs : M. le M. Dr Maurel (Toulouse) ; le Dr Le Noir (Paris).

Plusieurs séances seront consacrées à l'exposé et à la discussion des communications particulières que voudront bien faire les membres du Congrès.

Pour les renseignements et les communications, s'adresser à M. le Dr Enriquez, secrétaire général adjoint, 8, avenue de l'Alma.

1er Congrès International d'assainissement et de salubrité de l'Habitation.

(Paris, octobre 1904)

La Société Française d'Hygiène a pris l'initiative d'un Congrès d'Assainissement et de Salubrité de l'habitation qui se réunira à Paris du 15 au 20 octobre prochain.

Les communications et demandes de renseignements doivent être adressées au Secrétaire général du Congrès, M. F. Marié-Davy, 7, rue Brézin, Paris (14e Arrond.).

NECROLOGIE

M. le Dr ISAMBARD,

député de l'Eure.

M. le Dr Isambard, député de l'Eure, qui, comme médecin et comme membre du Parlement, a droit à la reconnaissance publique, est mort le 19 juillet, dans sa 59e année.

Né le 8 mars 1845, à Pacy-sur-Eure, Louis-Edouard Isambard vint à Paris faire ses études médicales et dès cette époque mena une campagne active contre l'Empire, qui lui valut d'être emprisonné à Mazas. Dès la déclaration de guerre en 1870, Isambard, en vrai patriote, s'engagea volontairement comme simple soldat, il devint sergent, puis fut désigné comme médecin aide-major au 1er bataillon des mobilisés de l'Eure. Après avoir fait vaillamment son devoir, il vint exercer la médecine à Pacy, dont il fut nommé maire en 1883, il remplit ces fonctions municipales jusqu'à la fin de sa vie. Conseiller général de l'Eure, il fut élu député en 1890 et ne cessa depuis d'être réélu.

Nous ne dirons pas ici les qualités républicaines de notre regretté confrère, l'autorité morale considérable dont il jouissait à la Chambre des députés. Nous ne pouvons cependant éviter de rappeler que, dans plusieurs circonstances, il mit son influence au service des justes revendications du corps médical, notamment lors de la discussion de la loi Chevandier, en 1892.

Très épris de son pays natal, il publia de 1884 à 1887 deux volumes intitulés : *Histoire sur la Révolution à Pacy-sur-Eure* et en 1894 un curieux mémoire sur *la Communauté des chirurgiens de Pacy-sur-Eure*.

J. N.

FORMULES

V. — Contre la dépression dans les maladies infectieuses.

Ergotine	1 gr. 50
Teinture de digitale	XXX gouttes.
Acétate d'ammoniaque	5 gr.
Liqueur de Hoffmann	2 gr.
Sirop des cinq racines	50 gr.
Eau distillée	100 gr.

Une cuillerée à soupe toutes les heures. K.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 10 juillet au samedi 16 juillet 1904, les naissances ont été au nombre de 1.153, se décomposant ainsi : légitimes 831, illégitimes 322.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 1.017, savoir : 537 hommes et 480 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 5. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 2. — Rougeole : 17. — Scarlatine : 2. — Coqueluche : 6. — Diphtérie et Croup : 4. — Grippe : 1. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 3. — Autres maladies épidémiques : 3. — Tuberculose des poumons : 178. — Tuberculose des méninges : 20. — Autres tuberculoses : 25. — Cancer et autres tumeurs malignes : 63. — Méningite simple : 36. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 61. — Maladies organiques du cœur : 60. — Bronchite aiguë : 9. — Bronchite chronique : 8. — Pneumonie : 22. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 65. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 3. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 6 ; autre alimentation : 106. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 24. — Hernies, obstruction intestinale : 10. — Cirrhose du foie : 8. — Néphrite et mal de Bright : 23. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 3. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 5. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : 12. — Débilité sénile : 30. — Morts violentes : 39. — Suicides : 13. — Autres maladies : 142. — Maladies inconnues ou mal définies : 15.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 67, qui se décomposent ainsi : légitimes 36, illégitimes 31.

Distinctions honorifiques. — *Officiers de l'Instruction publique*. — MM. Jeand'heur (Fritz-Emile), sous-inspecteur des Enfants-Assistés à Saint-Omer ; le Dr Curie (Eugène), médecin-inspecteur de la 18e circonscription, de la protection des enfants du premier âge, à Paris ; le Dr Wœhling (Jean-Charles-Joseph), médecin-inspecteur des écoles du canton de Vanves, à Clamart (Seine) ; le Dr Chabenat (Marie Marc), adjoint au maire de la Châtre, vice-président du Comité des fêtes du centenaire de George Sand ; le Dr Barthelat (Gilbert-Joseph), pharmacien à Paris ; Josset (Louis), pharmacien à Paris.

Officiers d'académie. — Le Dr Lefebvre (François-Remacle-Achille) à Fismes (Marne) ; Nisolle, pharmacien à Rocroy ; le Dr Caillette (Rodolphe), médecin-inspecteur des Écoles à Saint-Maure-des-Fossés (Seine) ; le Dr Monthus (Albert-Adolphe), médecin à Paris ; le Dr Scrini (Basile), médecin à Paris; Bourreau, inspecteur des enfants assistés de la Corrèze ; MM. le Dr Boudy (Elie), médecin à Montignac (Dordogne) ; le Dr Delsouiller, médecin à Montignac ; le Dr Faguet, médecin à Périgueux ; Passerieux, pharmacien à Bordeaux ; le Dr Villedary, à Saint-Vincent-de-Connezac (Dordogne) ; Lafon, pharmacien à Paris ; le Dr Masson, maire de Tullins (Isère) ; le Dr Roux, membre de la commission d'hygiène à Avignon; le Dr Bellencontre, médecin-inspecteur des enfants assistés à Rouen ; le Dr Berruyer, médecin à Paris ; Bournier, ancien pharmacien à Lagny (Seine-et-Marne) ; le Dr Brulé, médecin à Paris ; le Dr Cadiot, médecin-major au 25e dragons à Angers ; le Dr Chartier, médecin à Lizy-sur-Ourcq (Seine-et-Marne) ; Mme Donzeau, docteur en médecine, moniteur à la clinique d'accouchement et de gynécologie à Paris ; M. Lelu (Louis-Emile), docteur à Paris.

Actes de dévouement. — M. le Dr Lacoste (Ursin), médecin à Rélizane (Algérie), médaille de bronze.

Agrégation des Facultés de Médecine.—Le *Journal officiel* du 28 juillet publie un arrêté instituant agrégés près les Facultés de médecine de : *Paris*, M. Brenes (anatomie) ; *Bordeaux*, M. Cautrelet (physiologie) ; *Lyon*, M. Aniel (anatomie), et Neveu-Lemaire (histoire naturelle) ; *Montpellier*, M. Grynfelt (anatomie); *Nancy*, M. Weber (anatomie) ; *Toulouse*, M. Dieulafé (anatomie).

Clinicat de Gynécologie. — Le Concours s'est terminé par la nomination de M. Dartigues, chef de clinique, et de M. Lavy, chef adjoint.

Médailles d'honneur des Epidémies. — *Médaille d'argent.* — M. Ditely, soldat de 1re classe au 1er régiment étranger (Indo-Chine). Mme de Lavillette, hospice mixte de Pau.
Médaille de bronze. — MM. Cordroch, Durand, infirmiers à la 22e section, hôpital Saint-Martin. Gaillard, infirmier auxiliaire hospice mixte de Tulle ; Faucher, Vivenot, infirmiers à la 12e section hospice mixte de Tulle ; Molinié, Grangé, infirmiers 17e section à Toulouse ; Morin, soldat au 18e d'infanterie à Pau ; Mme Caillot, hospice mixte de Tulle.

M. le le Dr Gérin-Lajoie, fabricant d'instruments de gynécologie, a été nommé membre du jury à l'exposition internationale de Saint-Louis (Etats-Unis) (Section Médecine et Chirurgie).

Prix de médecine navale pour 1903. — M. le médecin principal Pungier (A I-M.) médecin de la division navale de l'Atlantique, pour son rapport d'inspection générale sur le *Tage* en 1903.

Témoignages officiels de satisfaction : M. le médecin de 2e classe Chemin (I.-E.-C.) M. le médecin de 2e classe Denier (A.-L.), M. le médecin de 1e classe Giraud (I.-I.). M. le médecin de 1e classe Souls (F. X. F.)

Comité consultatif d'hygiène de France. — Par décret du 7 juillet 1904, les membres du comité consultatif d'hygiène publique de France à la nomination du ministre de l'intérieur sont désignés pour une période de trois ans. Les membres sortants peuvent être nommés à nouveau.

Hospices de Nimes. — *Concours pour des places d'élèves internes.* — Il sera ouvert, le mercredi 7 décembre prochain, devant la Commission administrative des Hospices, assistée de MM. les médecins et chirurgiens, un Concours pour des places d'élèves internes. Les candidats devront déposer, avant le 20 novembre, au secrétariat des hospices, leur demande accompagnée du bordereau de leurs inscriptions, d'un certificat de bonnes vie et mœurs délivré récemment par le Maire de leur résidence et d'un certificat de régularité d'études et de bonne conduite émanant d'un doyen d'une faculté ou directeur d'une école de médecine, et contenant la mention des notes obtenues aux différents examens. Ils devront avoir acquis au moins douze inscriptions de doctorat ancien régime, ou huit inscriptions nouveau régime. Les candidats reconnus par la Commission admissibles à concourir en seront individuellement prévenus avant l'époque du Concours.
Le concours comprendra : 1o Epreuve écrite. Une question de médecine et une question de chirurgie : Un délai de 4 heures sera accordé pour la rédaction. 2o Epreuve orale : 1o une question d'anatomie à développer en cinq minutes après dix minutes de réflexion. 2o Question orale de médecine et de chirurgie pratique appliquée au service de garde, à développer en dix minutes après quinze minutes de réflexion.
Les candidats qui auront subi les épreuves avec succès seront classés et désignés suivant leur ordre de classement pour remplir les places vacantes et celles qui le deviendront.
Quatre places seront disponibles le 1er janvier 1905. Les élèves internes sont logés, chauffés et éclairés par les hospices. Ils reçoivent un traitement de *deux cent cinquante francs* la première année et de *trois cents francs* la seconde année ; en outre, une indemnité mensuelle de nourriture de *quatre-vingts francs*. Les élèves internes sont chargés, à tour de rôle, des fonctions de répétiteur du Cours d'accouchement. Une indemnité de *cent francs* par an est allouée à ce répétiteur par le Conseil général du Gard. La durée de l'Internat est de deux ans. L'attribution du service de l'hospice d'humanité, de la maternité et de la crèche est dévolue par rang d'ancienneté et à tour de rôle pendant quatre mois, à un interne de seconde année. Les élèves internes doivent se conformer à toutes les dispositions du règlement des hospices et aux modifications qui pourront y être apportées par la commission administrative.

Hotel-Dieu d'Orléans. — *Concours pour l'Internat*, le mardi 13 décembre prochain, à 2 h. 1/2 pour 3 places d'interne titulaire et 5 places d'interne provisoire. L'unique épreuve de ce concours consiste en une composition écrite sur deux sujets tirés au sort, une question d'anatomie courante et une question classique de pathologie interne ou externe (questions ordinaires du concours d'externat des hôpitaux de Paris). Deux heures sont accordées pour cette composition. L'entrée en fonctions aura lieu le 1er janvier prochain. Les internes titulaires reçoivent, outre la nourriture, le logement, le chauffage et l'éclairage, une somme annuelle de 400 francs (et des gratifications quand il y a lieu). Les internes provisoires sont appelés à suppléer les titulaires malades ou en congé, et à remplacer ceux qui viendraient à faire défaut avant le premier janvier de l'année suivante. Ils reçoivent les mêmes avantages que les internes titulaires pendant qu'ils en remplissent les fonctions. Les internes titulaires sont nommés pour deux ans, les internes provisoires sont nommés pour un an, mais peuvent se présenter aux concours ultérieurs. Sont admis au concours tous les étudiants en médecine ayant au moins quatre inscriptions. Pour s'inscrire au concours et pour tous les renseignements, s'adresser au *Secrétariat des hospices d'Orléans*.
N.B. Toutes facilités sont accordées aux internes pour les dissections et la médecine opératoire.
Pendant les vacances des élèves-sages-femmes, les internes sont chargés d'assurer le service de la maternité.

La religion de Bonaparte. — Dans un projet de Concordat daté du 27 prairial se trouvait ce paragraphe :
« Le premier consul Bonaparte professant la religion catholique, nommera dans les trois mois qui suivront la publication de la bulle de Sa Sainteté aux archevêchés et évêchés de la circonscription nouvelle. » Bonaparte écrivit en marge, de sa main, l'annotation suivante : « Le général Bonaparte professe la religion qu'il veut : le premier consul n'en professe point ». (*L'Aurore* du 9 juin.)

Bouddhisme ? Christianisme ? — « Pour moi, dit le Japonais Foukousawa, c'est thé vert ou thé noir. Peu importe qu'on boive l'un ou qu'on boive l'autre, l'essentiel c'est de pouvoir boire du thé et de le payer le moins cher possible. »

L'esprit des autres. — Souvent, hélas, il arrive que des hommes de génie comptent dans leur entourage même les plus dangereux de leurs adversaires. Leurs épouses mêmes et leurs enfants demeurent parfois esclaves de superstitions étrangères, et malgré qu'ils habitent tous le même toit, leurs pensées restent cependant séparées par des distances incommensurables » (*L'Aurore* du 14 mai 1904.)

Nécrologie. — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de M. le Dr H.-C. Chevalet, médecin adjoint du Conseil d'Etat, médecin honoraire du Prince de Monaco, de Paris.

Chronique des hôpitaux de Paris.

Concours de l'externat. — L'ouverture du concours aura lieu le lundi 17 octobre 1904, à quatre heures précises, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, no 49. Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le jeudi 1er septembre jusqu'au vendredi 30 du même mois inclusivement.

Hospice de Bicêtre. — M. Bourneville. Visite et représentation de malades le samedi à 9 heures et demie très précise.

Clinique chirurgicale de l'hôtel-dieu. — Pendant la période des vacances, M. Mauclaire, agrégé, fera un cours de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu. Il commencera ce cours le mardi 26 juillet 1904, à 9 h. 1/2, et le continuera les vendredis et mardis suivants à la même heure.

Clinique ophtalmologique de Hôtel-Dieu. — MM. les Drs Sorini et Poulard, chefs de clinique, et M. le Dr Monthus, chef de laboratoire, commenceront, le 1er septembre 1904, à 2 heures, à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, un *cours de révision* avec conférences, examens cliniques, recherches de laboratoire et exercices de médecine opératoire. Le cours aura lieu tous les jours et durera environ trois semaines. Le droit à verser est de 50 francs.

Hospice de Bicêtre. — M. A. Léri, chef du laboratoire, commencera un cours de clinique et d'anatomie pathologique des ma-

ladies du système nerveux le 12 septembre, à 2 heures, et le continuera trois fois par semaine.

Programme du cours : Sémiologie générale du système nerveux. Modes d'examen. Exposé symptomatique des différentes affections des centres nerveux (cerveau et mœlle) et des dystrophies (acromégalie, achondroplasie, myxœdème, etc.) avec présentation de malades. Examen ophtalmoscopique. Cyto-Diagnostic. Electro-Diagnostic. Exercices de Radioscopie clinique. Notions d'électrothérapie, de radiothérapie et de psychotérapie. Démonstrations d'Anatomie pathologique. Technique histologique du système nerveux. Les principales méthodes de coloration. Présentation de pièces et de coupes microscopiques. Le cours comprendra 20 leçons. Chaque leçon durera 2 heures. Les inscriptions sont reçues dès maintenant à Bicêtre, le lundi de 2 à 4 heures, ou par correspondance, le droit est de 80 francs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie BERGER-LEVRAULT
5, rue des Beaux-Arts.

Marescot-du-Thilleul. — L'assistance publique à Paris. Ses bienfaiteurs et sa fortune mobilière. Gr. in-8°. Tome Ier : Hôpitaux et Hospices, 688 pages. Tome II : Pauvres reconnus à domicile, 1054 pages. Prix de chaque vol.......................... 7 fr. 50

Librairie MALOINE
25 et 27, rue de l'École-de-Médecine.

Rieu-Villeneuve. — L'anesthésie et les anesthésiques usuels, 1 vol. In-12 de 200 pages.

Librairie MARCHAL et BILLARD
27, Place Dauphine

Coulon (H.). — De l'inconvénient, devant la justice française, de faire éclater son innocence avant le moment opportun. Brochure de 75 pages. Prix.................................... 2 fr.

Librairie SCHLEICHER Frères,
15, rue des Saints-Pères.

Commenge (A.). — La prostitution clandestine à Paris. 1 vol. In-8° de 614 pages.

Librairie FELIX ALCAN
108, boulevard Saint-Germain.

Galezowski (Jean). — Le fond de l'œil dans les affections du système nerveux. 1 vol. In-8° de 152 pages. Prix........ 5 fr.

Librairie Octave DOIN
8, place de l'Odéon.

Toulouse, Vaschide et Pieron. — Technique de psychologie expérimentale. 1 vol. In-18 de 350 pages. Prix........... 4 fr.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

3e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XX. N° 32. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 6 AOUT 1904

Le Progrès Médical

OPHTALMOLOGIE

De la sécurité que donne l'iridectomie dans l'opération de la cataracte sénile ;

Par le Dr **PÉCHIN**.

Deux points paraissent définitivement acquis dans l'opération de la cataracte : l'emplacement de la section du lambeau dans le limbe est le meilleur, il n'a pas les inconvénients des sections faites au-delà ou en-deçà du limbe, et les couteaux étroits tels que celui dont s'est servi Tenon, le premier, repris par de Graefe et diminué de largeur encore par de Wecker, ont une supériorité incontestable sur les autres.

Doit-on faire l'iridectomie? doit-on s'en abstenir ? Y a-t-il des indications et des contre-indications ? Ces questions-là ont été discutées si souvent que l'on pourrait croire qu'elles sont jugées. Et pourtant, il n'en est rien : la question est toujours pendante.

Il y a bientôt vingt ans, un de mes Maîtres. pour lequel j'ai gardé une grande vénération, le Pr Panas déclarait qu'après avoir passé la première moitié de sa carrière ophtalmologique à opérer de préférence avec iridectomie, il passait la seconde moitié à être non-iridectomiste. Pareille déclaration émanant d'un homme tel que Panas, chirurgien des plus habiles, clinicien perspicace et judicieux, devait avoir sur son élève un effet non douteux. N'ayant pas d'expérience personnelle, je fus, dès le début, et par parti-pris, non-iridectomiste. Je me félicitais de pouvoir prendre ainsi délibérément une ligne de conduite sans tâtonnement et sans avoir à craindre de changer plus tard ma façon de faire, instruit que j'étais par l'expérience de mon Maître. L'avis contraire qui me fut donné par un autre maître, Ed. Meyer, disciple lui-même de Graefe, ne prévalut pas, quoique j'eusse une grande confiance dans son sens clinique.

Or, depuis ce temps déjà éloigné, la question tant de fois agitée n'est pas résolue et je vois les praticiens les plus distingués faire des évolutions comme celle de Panas, ou opposée à celle-là. Et moi-même je fais actuellement une évolution : de non-iridectomiste, je deviens iridectomiste.

Et ce faisant je sens que je commets une infidélité et une ingratitude envers l'opération simple qui m'a donné de beaux et nombreux succès. Mais je passe outre parce que les avantages de l'opération simple ne me tentent plus. Je ne me préoccupe pas d'ajouter un temps de plus à l'opération, ce qui n'a aucune importance. Je suis indifférent au point de vue esthétique qui n'a rien à faire ici puisqu'il s'agit de donner la vue à un aveugle. Je ne crois pas à l'éblouissement gênant que peut donner une petite iridectomie, pas plus qu'à une meilleure acuité visuelle dans l'opération simple ; je ne crois pas aux statistiques qui me montrent autant d'avantages dans un procédé que dans l'autre parce que, comme je le dirai plus loin, dans l'opération simple, les succès sont dus au hasard et nous ne pouvons nous les attribuer, tandis que dans l'opération combinée nous prenons l'initiative d'éloigner les accidents et que nous pouvons légitimement nous attribuer les succès obtenus. Nous ne pouvons pas perfectionner un procédé dans lequel le hasard joue un si grand rôle ; nous pouvons au contraire perfectionner un procédé dont les avantages sont dus à une technique opératoire. Assurément, l'iridectomie immédiate ou espacée, comme l'a appelée de Wecker, lorsqu'elle est pratiquée au préalable, ne met pas à l'abri de certains accidents, mais je ne vois pas là une raison de ne pas faire l'iridectomie, bien au contraire, car on ne peut affirmer que ces accidents eussent pu être évités avec l'opération simple, dans laquelle tout, je le répète, est laissé au hasard. A part la section faite dans le limbe pour de bonnes raisons que nous reconnaissons tous, faire la kystitomie au petit bonheur, faire sortir le noyau avec ce qui voudra bien sortir, placer ensuite un pansement qu'on renouvellera au bout de trois jours seulement, n'est-ce pas tout livrer au hasard ? Ce ne sont pas ceux qui, en enlevant le pansement ce troisième jour et qui se sont trouvés en face d'un énorme prolapsus irien, qui me contrediront. Et à la vérité, les choses auraient pu se passer autrement, si le malade et l'opérateur avaient eu plus de *chance*. Que s'est-il passé du côté de l'iris, du côté des masses cristalliniennes ? nous ne savons pas au juste. Mais qu'avons-nous fait pour parer à cet accident ? rien. Il ne nous reste qu'à parler à la famille d'indocilité du malade ; c'est une maigre consolation et une excuse dont nous ne mé-

connaissons pas le peu de valeur. Il faut bien que le malade ait tort puisque le médecin doit avoir raison.

Dans le cas particulier de gros prolapsus irien, nul doute qu'il eût été évité par l'iridectomie.

Malgré elle, on peut avoir, dira-t-on, des accidents dus à des facteurs qui nous échappent. C'est vrai ; mais que peut-on en conclure contre l'iridectomie ? On peut avoir de petites hernies iriennes, des enclavements capsulaires ; mais on peut éviter des accidents en régularisant la plaie avec la spatule.

Peut-on mettre sur le compte de l'iridectomie des accidents glaucomateux ou hémorrhagiques qui surviennent dans des cas de cataractes morganiennes ? assurément non ? L'opération simple les eût-elle évités ?

Des accidents de pression ou de filtration peuvent aboutir à la désorganisation de l'œil, mais ici encore l'extraction combinée n'est pas en cause.

Que dire des inconvénients de l'iridectomie, sinon qu'ils ont été exagérés comme à plaisir. On a parlé de traumatisme, on est allé jusqu'à dire que si ce traumatisme devait être considéré comme nul, il fallait ne plus tenir compte de tout ce qui a été écrit sur les plaies de l'iris, comme si une plaie accidentelle pouvait être comparée absolument à une plaie chirurgicale et comme si la contusion de l'iris par le cristallin était elle-même une quantité négligeable.

N'est-ce pas aussi une exagération que de parler de chirurgie conservatrice pour assurer l'intégrité de l'iris? Verneuil qui a été le père de cette chirurgie n'aurait pas été jusque-là : il eût plutôt souhaité d'être compris de certains gynécologistes.

L'égalité d'acuité visuelle obtenue par les deux procédés montrent aussi le cas qu'il faut faire des conséquences de l'iridectomie sur le jeu de l'iris, sur le changement des conditions optiques et sur l'astigmatisme.

Les hémorrhagies après la section de l'iris ont une réelle importance, mais outre qu'elles peuvent se résorber spontanément, nous pouvons faire sortir le sang en notable quantité et, s'il est vrai que le sang en s'infiltrant entre les feuillets capsulaires où il peut être retenu et en formant là des exsudats fibrineux qui plus tard s'organisent, donnent lieu à une cataracte secondaire plus ou moins épaisse, il est vrai également que nous aurons la ressource d'extraire cette cataracte secondaire et nous pouvons, pour obvier dès le début à cet accident de nature hémorrhagique, faire l'iridectomie au préalable, attendant le moment opportun de faire ensuite l'extraction.

La rupture spontanée de la capsule, que Rudell a constatée après une iridectomie préalable ne constitue pas une charge contre le procédé. Il n'en est pas de même de l'irido-cyclite traumatique ou infectieuse. Je reconnais franchement que ce sont-là les complications bien ennuyeuses et parfois graves de l'iridectomie. L'iritis et l'iridocyclite pourront toujours compliquer l'opération et en compromettre le succès, soit qu'il s'agisse d'infections dues à des fautes d'antisepsie opératoire, soit que l'inflammation dérive du traumatisme. On réduira les accidents dans le premier cas en veillant à la stricte observation des mesures d'antisepsie ou d'asepsie et dans le second cas en instituant un traitement général chez les sujets qu'une diathèse (goutte, arthritisme, diabète, leucémie, etc.), pourrait prédisposer aux inflammations du tractus uvéal à la suite d'un traumatisme de l'iris, ou encore à des accidents hémorrhagiques.

Tout récemment, j'ai dû mettre un intervalle de six semaines entre l'iridectomie et l'extraction parce que durant ce temps l'œil était resté rouge et douloureux.

Il s'agissait d'une femme de 78 ans chez laquelle j'ai admis le traumatisme opératoire comme seule cause des accidents, ayant pris toutes les précautions d'asepsie instrumentale et d'antisepsie pour la malade. Le résultat fut d'ailleurs satisfaisant. — Chez un autre vieillard, âgé de 77 ans, atteint de bronchite et emphysème, le bord nasal de l'iris gauche s'est complètement détaché et, 15 jours plus tard, lorsque j'ai fait l'extraction, j'ai dû supprimer l'écarteur aussitôt la kératotomie faite, parce que s'échappaient des masses cristalliniennes. Il s'agissait par conséquent d'un iris friable avec altération de la zonule, et qui a cédé à la moindre traction.

Les inconvénients de l'iridectomie se réduisent à peu de chose et ces inconvénients sont largement compensés par la sécurité qu'elle nous donne. Cette sécurité n'est pas absolue, mais enfin elle nous met à l'abri des gros prolapsus de l'iris. Peut-on soutenir qu'elle est inutile à ce point de vue, parce que les prolapsus sont rares et qu'ils n'entraînent pas toujours la perte de l'œil ? Le prolapsus est un grave accident, il compromet la vision lorsqu'il ne compromet pas l'organe par l'infection et la panophtalmie. C'est un accident rare ; or, cette rareté ressort de statistiques toujours discutables et précisément le grave reproche qu'on peut faire à l'opération simple est de l'encourir. L'opération simple est un véritable jeu dans lequel on peut être heureux, et on l'est souvent, disent les statistiques, mais cette opération simple, aussi idéale que peu pratique, est périlleuse. Tel opérateur peut la faire plus ou moins souvent avec succès jusqu'au jour où surviennent inopinément le prolapsus et la perte de l'œil et sans qu'on connaisse la cause du malheur. Et l'on passe alors par ces angoisses que ne sauraient calmer la satisfaction des succès antérieurs. La sécurité que nous devons à nos malades et à nous-mêmes ne nous permet pas de risquer ainsi la *chance* et nous la risquons avec l'extraction simple. Comment, en effet, nous prémunir contre ce prolapsus sinon par l'iridectomie ; ce que nous savons de l'étiologie et de la pathogénie de cet accident ne *nous permet* de faire ni plus ni mieux.

La toux, l'éternuement, la contraction des paupières sont bien contestables, et ne le seraient-ils pas qu'on devrait iridectomiser à coup sûr si la perte d'un œil est à la merci d'un si petit incident que les recommandations ne suffisent pas à éviter. Une fois le noyau sorti et avec lui une certaine partie des masses cristallinennes, il peut en rester dans les parties excentriques du sac capsulaire et nous ne pouvons savoir ce qu'elles deviendront. C'est une affaire de composition, de dissolubilité dans l'humeur aqueuse sur laquelle nous ne pouvons avoir actuellement d'opinion, mais que ces masses viennent à se gonfler, elles pousseront l'iris devant elle et le prolapsus est inévitable. Que ce soit la dilatation des masses corticales restantes ou bien la pression de l'iris par le corps vitré (luxation du corps vitré de Panas) qui donne l'explication du prolapsus, nous ne pouvons l'éviter que par l'iridectomie. Bien plus, s'il n'y a pas retard de cicatrisation, si la chambre antérieure se reforme rapidement, nos inquiétudes doivent augmenter alors que tout semble aller pour le mieux, car si pour une cause quelconque la plaie vient à s'ouvrir, l'humeur aqueuse sort et entraîne avec elle l'iris qui la suit. Ces accidents, que nous ne pouvons prévoir, nous font donc un devoir de pratiquer l'iridectomie qui

nous évitera de les subir. Nous ne sommes pas autorisé à nous abstenir dans le cas d'extraction avec la capsule puisque, même dans ces cas-là, on a observé le prolapsus.

Et je ne vois que l'iridectomie pour nous mettre à l'abri, car nous ne saurions obtenir de sécurité par la kératomie inférieure, l'atropinisation pour laquelle Mutermilch, Komocki et de Gama, n'ont pas encore trouvé d'imitateurs, l'irrégularité du lambeau (Parinaud) que, pour d'autres raisons, nous devons chercher à faire aussi régulier que possible ; les verres de contact (von Millingen), le lavage du sac, l'aspiration, la suture conjonctivale, le lambeau conjonctival et la suture de la cornée, qui favorise les enclavements iriens dans les angles de la plaie si elle prévient parfois le prolapsus médian. Enfin, il n'est pas jusqu'à l'opération simple la mieux faite, la plus justifiée qui ne puisse se compliquer de prolapsus.

Peut-être aurons nous un jour un myotique assez puissant pour faire de l'iris un écran suffisamment résistant : c'est une espérance que caresse M. de Wecker, qui salue l'opération simple comme l'opération de l'avenir.

On a donné des indications pour l'iridectomie : on a dit qu'elle était le procédé de choix dans toutes les cataractes non compliquées ; c'est-à-dire séniles, mûres, sans adhérences iriennes, dans des yeux normaux pour tout le reste et chez des sujets sains. Or, nous savons que dans ces cas choisis le prolapsus irien n'est pas rare. Et c'est même pour l'avoir observé dans ces circonstances que la surprise a été plus cruelle et qu'avec d'autres j'abandonne l'opération simple.

S'il y a indication à faire l'iridectomie sur des yeux pathologiques qui présentent une tendance manifeste au prolapsus à pupille rigide ou adhérente, à capsule épaisse ou altérée avec iridodonésis, à cataracte non mûre, à cataracte molle, sur des yeux à tonus élevé, et enfin chez des sujets indociles ou malades je ne vois pas pourquoi on ne ferait pas bénéficier de cette sauvegarde ceux qui, pour certains, paraissent en avoir moins besoin sans qu'on sache trop pourquoi, puisque ceux-ci ont également des prolapsus. Et puis, lorsque je vois dans les indications de l'iridectomie la préoccupation de ne pas manquer le seul œil restant, je me demande pour quelle raison on surveillerait son jeu seulement lorsqu'on n'a plus qu'une carte à jouer. Et je suis pris de doute sur les convictions de certains non-iridectomistes lorsque je les vois en face de personnages de marque faire une iridectomie parfois longuement espacée.

L'iridectomie a en outre l'avantage de permettre l'arrachement de la capsule antérieure avec une pince qui assurera une prise large et haute. Bien que la capsulotomie réussisse dans beaucoup de cas, il n'est pas niable que l'on aura avantage à enlever la capsule antérieure afin d'éviter soit une cataracte par plissement, soit une cicatrisation de la plaie capsulaire par une prolifération épithéliale qui peut prendre des dimensions inattendues. Or, il sera plus aisé de faire cette capsulectomie après l'iridectomie, que l'on se serve de pinces, de ciseaux ou de deux kystitomes, ainsi que le conseille Parent. M. de Wecker a démontré qu'avec sa pince kystitome on peut, sans iridectomie enlever de larges lambeaux capsulaires ; malgré cela, il reste certain que le maniement de la pince, surtout de celle très recommandable de Rochon-Duvigneaud, sera rendue pratique par l'iridectomie.

Il est plus avantageux de faire délibérément l'iridectomie avant ou au début de l'opération que pendant l'opération alors qu'on y est entraîné par des accidents.

Il arrive souvent que la cataracte capsulo-lenticulaire n'est reconnue qu'après l'extraction des masses molles ; or, à ce moment, l'iridectomie présentera des difficultés d'exécution.

Enfin l'iridectomie facilite l'évacuation des masses corticales, rend, surtout si elle est faite conjointement avec la capsulectomie, la cataracte secondaire moins fréquente.

Je considère donc que l'iridectomie doit être faite de propos délibéré et systématiquement On ne peut, sans risquer de se tromper faire de l'éclectisme. L'extraction simple est une opération parfaite, idéale, brillante, mais pleine de dangers qu'on ne peut prévoir et d'autant plus périlleuse qu'après vous avoir habitué à des séries de succès, elle vous mène un jour ou l'autre à un échec.

L'iridectomie est une servitude nécessaire. Et qu'on ne dise pas que quelques prolapsus sont suffisants à faire abandonner un procédé qui *peut* avoir à son actif de nombreux succès. Ces succès sont dus au hasard. Avec l'opération simple le médecin ne dirige pas les événements, il les subit. C'est le laisser-aller. C'est un jeu suivi de gain souvent et de banqueroute parfois.

Je crois donc qu'en dépit de la prophétie de M. de Wecker, l'extraction combinée, loin d'être abandonnée, deviendra l'opération de l'avenir. Chaque fois qu'on le pourra, l'iridectomie préalable (opération espacée) sera préférée à l'iridectomie faite simultanément avec l'extraction.

Et je serai heureux de faire partager mes convictions par mes confrères, surtout par les jeunes qui désirent profiter de l'expérience de leurs anciens ; je leur éviterai ainsi des déboires.

CONGRÈS ET EXPOSITION

Exposition internationale d'Hygiène (Paris, août-novembre 1904.). — Cette exposition patronnée par les Ministres du Commerce, de l'Industrie, des Postes et Télégraphes, de la Marine, de l'Instruction publique, de la Guerre, de l'Agriculture, des Colonies, etc., se tiendra à Paris dans le Grand-Palais, d'août à novembre 1904.

Association française d'Urologie (20-22 octobre 1904). — La huitième session se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du 20 au 22 octobre 1904, sous la présidence de M. le Professeur Guyon.

Secrétaire général : M. E. Desnos, 59, rue de La Boétie, Paris.

Congrès Français de médecine — 7e Session (Paris, 24-27 octobre 1904.) — Ce Congrès se tiendra cette année à Paris, du 24 au 27 octobre inclusivement, sous la présidence du professeur Cornil.

Pour les renseignements et les communications, s'adresser à M. le Dr Enriquez, secrétaire général adjoint, 8, avenue de l'Alma.

1er Congrès International d'assainissement et de salubrité de l'Habitation (Paris, octobre 1904). — La Société Française d'Hygiène a pris l'initiative d'un Congrès d'Assainissement et de Salubrité de l'habitation qui se réunira à Paris du 15 au 20 octobre prochain.

Les communications et demandes de renseignements doivent être adressées au Secrétaire général du Congrès, M. F. Marié-Davy, 7, rue Brézin, Paris (14e Arrond.).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

Le XIVe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

(Pau, 1er-7 août 1904)

Le XIVe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes s'est ouvert, le lundi 1er août, à 9 heures, dans la Salle des Concerts du Palais d'Hiver, à Pau, sous la présidence de M. Faisans, maire de la ville, assisté de M. Gilbert, préfet des Basses-Pyrénées, Dr Drouineau, délégué du ministre de l'intérieur, M. Pelletier, délégué du préfet de la Seine, et des représentants des autorités locales.

De nombreux médecins se trouvaient réunis, attirés par l'intérêt des questions mises au rapport, et aussi, il faut bien le dire, par le charme du pays et des excursions organisées aux environs. L'accueil qui leur était réservé en ce beau pays de Navarre a été particulièrement chaleureux. C'est M. Faisans, le maire de Pau, qui, en ouvrant la séance, a souhaité bon accueil à tous, a dit l'intérêt qui s'attachait aux travaux du Congrès, même pour les plus profanes des administrateurs, et a remercié le bureau d'avoir choisi Pau pour la tenue de ses travaux.

Le Professeur Brissaud, président du Congrès, a remercié le maire de Pau de ses souhaits et de son bon accueil, affirmant ses sympathies pour le Béarn, qui est devenu son pays d'adoption, et pour le maire de sa capitale, auquel personnellement, il est très attaché. M. Brissaud n'a pas manqué de faire l'éloge du frère du maire de Pau, le Dr Faisans, médecin des hôpitaux de Paris, qui a conquis auprès de tous ses confrères de la Société médicale des hôpitaux de Paris une telle situation que cette Société l'a désigné comme son représentant devant le Conseil de surveillance de l'Assistance publique. Le Président remercie ensuite le Préfet pour la subvention qu'il a inscrite au budget départemental en faveur de l'organisation du Congrès. Il remercie aussi le Dr Drouineau, délégué du Ministre de l'Intérieur, et propose d'envoyer une adresse de remerciements au Président du Conseil des ministres, M. Combes, ainsi qu'un salut cordial au Président du XIIIe Congrès des aliénistes et neurologistes, M. le Professeur Francotte, de Liège, retenu par la maladie d'un des siens. En terminant, M. Brissaud fait des vœux pour le succès du Congrès et remercie toutes les personnes étrangères et les dames qui ont bien voulu honorer de leur présence gracieuse la séance d'inauguration.

M. le Dr Drouineau prend ensuite la parole pour faire l'éloge de M. Brissaud et se louer, en tant que représentant du ministre de l'intérieur, de cette heureuse circonstance qui lui permet de saluer dans le président du Congrès des aliénistes un membre récemment élu du Conseil général des Basses-Pyrénées. Les Conseils généraux sont les grands maîtres en aliénation mentale, au point de vue de l'organisation et de l'installation des asiles, au point de vue des réformes si nombreuses et si indispensables que réclame l'assistance des aliénés. A ce Congrès doit être discutée la très intéressante question des mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels, dont M. Kéraval a présenté le rapport très complet. On voit, par cet exemple, combien l'alliance intime entre les médecins aliénistes et les Conseils généraux peut être féconde et combien il serait souhaitable de voir suivre l'exemple fourni par M. Brissaud, dont les sages conseils et les avis éclairés seront si utiles à ses collègues du Conseil général.

M. le professeur Brissaud prend la parole.

Il parle de M. Théophile de Bordeu, médecin béarnais né à Izeste. Dans un style où la pureté de la forme le dispute à la profondeur des idées et une haute science historique et philosophique, M. Brissaud retrace la vie de Bordeu, qui fut un précurseur, il inspira Bichat et Pinel. Dès 1742, il annonçait des choses que Claude Bernard et Brown-Séquard contrôlèrent cent ans plus tard. Bordeu fut un des encyclopédistes avec Diderot, d'Alembert, etc., il n'admit jamais le principe d'autorité dans la foi scientifique, il contrôla, toujours aidé en cela par une instruction très forte et une connaissance des philosophes anglais et français. Bordeu a deviné les localisations cérébrales, que découvrirent à la fin du XIXe siècle, Charcot et Pitres. Il parla même d'ondulations et d'oscillations, c'est-à-dire de la théorie actuelle sur les vibrations.

Il reconnut le rôle trophique des nerfs, dans la vie des glandes. Claude Bernard et Ludwig n'ont fait que réaliser les aphorismes de Bordeu dont l'horizon atteint les extrêmes limites de la neurologie actuelle. M. Brissaud a voulu faire revivre en Béarn une figure béarnaise. Bordeu fut un précurseur. Les précurseurs ont toujours tort. M. Brissaud a voulu lui donner la place qu'il doit occuper dans l'histoire médicale de la France. De longs applaudissements ont salué la péroraison de ce magnifique discours.

A la suite de ce beau discours, plein d'humour, de verve et d'exacte documentation, la séance d'inauguration est levée et rendez-vous est pris pour 11 heures au château de Pau. Là tous les congressistes et les dames ont pu admirer les merveilleuses tapisseries des Gobelins et la fameuse écaille de tortue qui servit de berceau à Henri IV ; du haut de la tour, un ciel assez clair laissait deviner au loin le magnifique panorama des cimes neigeuses de la chaîne pyrénéenne.

L'après-midi, commençaient à proprement parler les travaux du congrès par l'exposé, fait par M. Deny, de son lumineux rapport sur les *démences vésaniques*. Tout le monde, par avance, avait goûté la clarté du rapporteur dans une question si embrouillée jusqu'alors, et la crânerie indépendante avec laquelle le champion de la démence précoce avait combattu les anciens dogmes. Mais voici tour à tour les fidèles représentants des vieilles doctrines qui viennent apporter l'affirmation de leur foi persistante. MM. Parant (de Toulouse), Régis (de Bordeaux), Doutrebente (de Blois), Vallon (de Paris), etc. etc. Mais surtout M. Gilbert-Ballet, dans une improvisation très heureuse, a dit sa conviction que la démence précoce restait une maladie *constitutionnelle* et *non accidentelle*, comme le voulait M. Deny.

Le soir, une brillante réception au palais d'hiver, par M. Faisans, maire de Pau, et Mme Faisans, réunissait tous les congressistes, qui purent admirer les projections photographiques des plus beaux sites environnants et entendre une fort belle partie de concert.

Pierre Roy.

Nouvelle victime du chloroforme. — Les journaux politiques ont annoncé qu'un employé du Métropolitain, M. Ernest Gobin, était mort à l'hôpital Lariboisière, victime du chloroforme pendant une opération. Ce malade avait une hernie telle que l'intervention chirurgicale fut jugée nécessaire. L'anesthésie fut pratiquée dans les conditions ordinaires, avec les précautions qu'elle comporte ; mais Gobin, dès le début, fut pris d'une syncope et tous les soins pour le ramener à la vie demeurèrent inutiles. Le décès parut si peu suspect que l'autopsie ne fut même pas exigée.

LE VII[e] CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTOLOGIE

(BORDEAUX, 1[er] août.)

—

Bordeaux était plus particulièrement désigné pour être le siège d'un Congrès d'Otologie, puisque, comme l'a affirmé M. le Dr Moure, en souhaitant la bienvenue aux nombreux congressistes accourus de tous les pays, la Faculté bordelaise est la seule faculté française qui ait fait l'honneur à l'Otologie de lui consacrer une chaire officielle. Le Congrès s'était réellement ouvert le dimanche soir, 31 juillet, en une réception à la Faculté de médecine donnée par M. le doyen Pitres.

La première séance a eu lieu lundi.

M. le Dr MOURE, chargé de cours à la Faculté de Bordeaux, président du Comité d'organisation, a pris la parole.

Après avoir souhaité la bienvenue aux spécialistes accourus à la séance, M. le Dr Moure a rendu hommage à la mémoire de ceux que la mort a récemment frappés. Il a parlé de Charles Delstanche, qui fut notamment le promoteur du massage du tympan par la raréfaction et la condensation de l'air et du conduit, et à qui l'on doit d'importantes méthodes thérapeutiques ; de José Grüber, qui fut une illustration de l'école de Vienne, et dont, entre autres travaux de premier ordre un *Traité des Maladies de l'Oreille* est devenu un guide précieux ; de Trautmann, à qui l'on doit un *Atlas chirurgical de l'oreille*, et qui fut l'auriste de Guillaume II ; de Schwendt, aux travaux variés ; de Secrétan, dont les qualités administratives égalèrent la valeur scientifique et qui avait fondé la Société suisse d'oto-laryngologie ; de Daly, de Ritsburg, dont les aperçus originaux étaient toujours remarqués ; de José Roquer y Cazadesus, fondateur d'une revue de laryngologie, où il publia de nombreux et intéressants travaux.

Parmi les médecins français que la science et le pays viennent également de perdre, M. Moure a cité Gouguenheim, laryngologiste de marque ; Joncheray, d'Angers, miné par un mal implacable : Ladreit de Lacharrière, un des fondateurs des *Annales des Maladies de l'oreille et du larynx* : Miot, un des maîtres de l'otologie moderne, chercheur infatigable opérateur minutieux, et qui a publié une série de Mémoires qui feront époque dans les annales des maladies de l'oreille. « Mais, a ajouté M. Moure, si les hommes disparaissent, l'œuvre reste, et l'avenir est plein d'espérances réconfortantes ».

L'orateur a fait ensuite l'histoire de l'otologie française et terminé en constatant les progrès de la spécialité otologique et le succès considérable du VII[e] Congrès d'Otologie.

M. Urvan Pritchard, président du dernier Congrès tenu à Londres a pris la parole, puis M. M. Lermoyez, de Paris, a exposé les travaux du comité d'organisation.

Le nombre des membres du Congrès est considérable. Un certain nombre de pays y sont représentés officiellement. Citons l'Autriche-Hongrie, qui a délégué le Prof. Politzer ; la Belgique, MM. Brockaert et Delsaux ; les Etats-Unis, MM. Richardson et Hinckle ; l'Espagne, M. Forns.

Le bureau élu est ainsi formé : Présidents d'honneur : M. Brieger pour l'Allemagne, Pritchard pour l'Angleterre, Politzer pour l'Autriche-Hongrie, Knapp pour les Etats-Unis, Capart pour la Belgique, Gradenigo pour l'Italie, Cisneros pour l'Espagne, Schmiegelow pour le Danemark et von Stein pour la Russie ; Président : M. Moure (Bordeaux) ; Secrétaire : M. Lermoyez (Paris) ; Trésorier : M. Lannois (Lyon).

Il a été décidé que le prochain Congrès aurait lieu en 1908 à Budapesth et M. le Prof. Büke a été désigné comme président du comité d'organisation. M. Moure, président du Congrès, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

A la fin de la séance d'ouverture, M. le Prof. POLITZER fait une communication sur la nécessité de l'enseignement officiel de l'Otologie dans les Facultés.

Communications diverses.

Voici l'énumération des communications faites·

M. GRADENIGO, de Turin, a repris la communication de M. Politzer sur l'enseignement officiel de l'otologie et à la suite M. Moure a fait voter le vœu suivant :

« Que l'enseignement de l'otologie soit organisé dans toutes les Universités, Facultés et écoles, dans les mêmes conditions que celui des autres spécialités pourvues d'un enseignement magistral, et par conséquent rendu obligatoire pour les étudiants. »

M. SZENES, de Buda-Pesth, traite de l'*abus des instruments annoncés pour la guérison de la surdité*. Le vœu suivant, rédigé par M. TRÉTROP, d'Anvers, est adopté :

« Que les gouvernements, dans l'intérêt des malades, répriment le charlatanisme, à l'instar de ce que le préfet de police a fait à Berlin. »

M. FORNS, de Madrid, préconise l'*unification du langage scientifique en otologie*. Il voudrait qu'un accord international s'établît entre les spécialistes, afin d'éviter les obscurités, les erreurs faciles à commettre.

M. BROECKAERT, de Gand, parle des *injections à froid de paraffine*, en présentant de nouvelles seringues propres à ces opérations.

M. MACLEOD YEARSLEY, de Londres, parle de la *constance et des variations de l'épine au dessus du méat.*

M. TRÉTROP (d'Anvers), fait ressortir les avantages de quelques applications pratiques de la bactériologie à la spécialité du nez, de l'oreille et de la gorge.

M. DREYFUSS, de Strasbourg, traite de *l'action de la quinine*; puis M. JORGEN MOLLER, de Copenhague, présente quelques « remarques sur l'otosclérose, à propos d'un cas d'autopsie ».

M. SARGENT F SNOW, de Syracuse (Etats-Unis), parle des « *affections catarrhales*, s'appuyant sur 400 cas cliniques. »

M. HEIMAN, de Varsovie, présente un travail sur les indications de l'*ouverture de l'apophyse mastoïde* dans les otites moyennes purulentes.

M. CASTEX, de Paris, parlant de « *l'oreille et des accidents du travail* », apporte les résultats d'expertises qu'il a faites, au nombre de 78, et qui expliquent comment, dans ces accidents la surdité, le bourdonnement, le vertige, peuvent survenir. Il rappelle que les tribunaux demandent aux médecins de préciser la mesure dans laquelle la surdité se produit. La question est importante, puisque la réponse peut servir de base à l'indemnité. Le docteur Castex termine en disant, toujours d'après ses expertises, que la moyenne des indemnités accordées à la suite d'accidents du travail ayant amené la surdité représente 500 fr. de rente par individu.

M. MOURET, de Montpellier, fait part de nouvelles recherches sur les cellules pétreuses. Il accompagne sa communication, très scientifique, très technique, de dessins anatomiques, et le Congrès l'écoute avec fruit.

M. F. VILLAR, de Bordeaux, parle sur la technique de « l'*anastomose entre le facial et le spinal ou l'hypoglosse dans le traitement des paralysies faciales d'origine otique.* »

M. P. JACQUES, de Nancy, fait une très intéressante communication sur un cas de mastoïdite chronique fistulisée dans la gouttière rétro-maxillaire.

M. MOLINIÉ, de Marseille, parle de l'occlusion de l'orifice pharyngien des trompes d'Eustache.

M. Georges LAURENS, de Paris fait une communication sur la chirurgie de la base du crâne et de la colonne vertébrale dans ses rapports avec les otites suppurées.

M. GUÉMENT, de Bordeaux, parle d'un cas d'otite moyenne suppurée post- grippale.

La séance est levée à cinq heures.

A l'issue de la séance, les membres du Congrès ont été reçus à l'hôtel de ville.

LEGS ET FONDATIONS. — Mme Tauscher, née Lépine, vient de léguer une somme de 95,000 francs à répartir entre les pauvres et la crèche de Neuilly, les sœurs aveugles de Saint-Paul et l'infirmerie Marie-Thérèse de la rue Denfert-Rochereau. — Mme Voisin lègue d'autre part à l'hôpital de Tours, pour la fondation d'un lit « Arsène-Marie Voisin », 20,000 francs ; à l'Institut des jeunes aveugles 5,000 francs, et à l'Union des femmes de France 5,000 francs.

EXPRESSIONS CURIEUSES. — Parlant de sa fille qui est sujette à la *constipation*, la mère dit : « Elle est *restreinte*. »

CONGRÈS FRANÇAIS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Quatrième session tenue à Pau du 1er au 7 août 1904.

—

Les démences vésaniques.

M. Deny (de Paris),*rapporteur*. — Sous le nom de *démences vésaniques*, on désigne généralement les états d'affaiblissement permanent, progressif et définitif des facultés intellectuelles, morales et affectives, consécutifs aux psychoses. Les démences vésaniques sont donc des affections essentiellement *secondaires*, et il semblerait, d'après cette définition, qu'on dût en décrire autant de types qu'il y a de psychoses pouvant les précéder.

Théoriquement vraie. cette proposition ne l'est plus pratiquement, parce que les démences consécutives ou secondaires finissent toutes à un moment donné par se ressembler et se confondre, au point qu'il devient très rapidement impossible de reconnaître l'affection initiale dont elles dérivent. Aussi se borne-t-on, en général, à étudier en bloc toutes les démences vésaniques, qu'elles soient secondaires à la *manie*, à la *mélancolie*, aux *psychoses dégénératives*, etc., de même que, sous le nom de *démences névrosiques*, on réunit les états démentiels qui succèdent à l'*épilepsie*, à la *chorée*, etc., etc.

Dans le récent traité de pathologie mentale de M. Gilbert-Ballet, M. Arnaud distingue seulement, suivant la période de la vie à laquelle elles apparaissent, deux formes, l'une *tardive* et l'autre *précoce*, de démence vésanique.

Si séduisante que soit cette conception qui, de l'ancienne entité morbide de Pinel et d'Esquirol, ne fait plus qu'un simple stade terminal des psychoses de l'âge mûr ou de la vieillesse (demeure vésanique tardive),de l'adolescence ou de la jeunesse (démence vésanique précoce), nous ne croyons pas qu'elle corresponde à la réalité des faits et qu'elle puisse se concilier avec les idées nouvelles en psychiatrie.

Nous exposerons d'abord les raisons cliniques, anatomiques et étiologiques qui empêchent de considérer l'affection étudiée, surtout en Allemagne, depuis une dizaine d'années, — et aujourd'hui universellement connue sous le nom de *démence précoce* — comme une simple démence vésanique rapide (G. Ballet), consécutive aux psychoses de l'adolescence; nous examinerons ensuite si la théorie de la démence vésanique tardive est plus justifiée, et s'il n'y aurait pas lieu, au contraire, de rayer définitivement du cadre des maladies mentales l'ancien groupe disparate et hétérogène des démences dites vésaniques ou secondaires.

Française par ses origines, mais incontestablement allemande par les développements scientifiques qu'elle a reçus outre-Rhin depuis une dizaine d'années, la démence précoce est essentiellement caractérisée par un affaiblissement spécial et rapidement progressif de l'ensemble des facultés intellectuelles, qui atteint de préférence les jeunes sujets, s'accompagne presque toujours de troubles psychiques variés et se termine dans l'immense majorité des cas par la perte complète de la raison.

Le début de l'affection est habituellement marqué par des troubles névropathiques protéiformes (céphalée, neurasthénie, crises convulsives, etc.), suivis d'*accidents délirants polymorphes*, mais offrant néanmoins certains caractères particuliers. A sa période d'état, la maladie s'affirme par un affaiblissement caractéristique des facultés intellectuelles, auquel se surajoutent, dans la grande majorité des cas, des états de dépression, d'excitation, de confusion, de stupeur, des conceptions délirantes ou des troubles sensoriels. L'affaiblissement des facultés, qui constitue le symptôme fondamental de la démence précoce, quelle que soit sa forme, présente des caractères spéciaux qui le différencient nettement des autres états démentiels. Le premier de ces caractères est d'être *primitif*, c'est-à-dire qu'il entre le premier en scène et précède,pour un observateur attentif,toutes les autres manifestations de la maladie. En second lieu,cet affaiblissement est *global*, car il se montre d'emblée diffus et généralisé aux trois grandes facultés psychiques (sensibilité, intelligence et volonté) ; mais — et c'est là ce qui lui confère une véritable spécificité, — il est *électif*, parce que, tout en intéressant l'ensemble des processus psychiques, il ne les atteint ni de la même manière, ni au même degré. Le déficit intellectuel des déments précoces, en effet, incomplet,quoique global,au début de l'affection, se manifeste d'abord dans la sphère des sentiments affectifs et moraux et ne s'étend que plus tardivement à celle de l'activité volontaire et à celle des facultés intellectuelles proprement dites, pour devenir total, lorsque, par les progrès de la maladie, toutes les facultés sont anéanties.

Cette action élective assigne à la démence précoce une place distincte à côté des deux autres grandes démences, la *paralysie générale* et la *démence sénile*, puisque, primitives et globales toutes les trois, elles diffèrent cependant foncièrement en ce que les facultés sont lésées d'une façon prépondérante dans la démence précoce, les facultés intellectuelles proprement dites dans la paralysie générale, et la volonté dans la démence sénile.

Les troubles de la sphère affective et morale des déments précoces se traduisent par une *apathie* et une *indifférence émotionnelle* absolues. Cette indifférence s'étend à tout et à tous : il n'y a plus pour de tels malades, ni joie, ni tristesse, ni désir, ni crainte. Jamais ils ne réclament leur sortie de l'asile où ils sont internés, ni la visite de leurs parents; ils restent complètement étrangers à tout ce qui se passe autour d'eux, n'ont plus aucune espèce de notion des convenances et n'hésitent pas à commettre en public les actes les plus dégradants.

A ces troubles de la vie affective, qui dénotent une disparition complète de la sensibilité morale, liée elle-même, bien entendu, à un affaiblissement déjà notable de l'intelligence, viennnent bientôt s'ajouter des désordres de l'*activité motrice et volontaire* qui rendent le tableau de la maladie encore plus saisissant.

Naturellement, c'est par défaut que l'activité volontaire est troublée, mais la volonté n'est pas seulement lésée comme faculté de se décider à une action, elle est encore perdue comme pouvoir d'arrêt des mouvements automatiques qui sont presque toujours conservés et surtout exagérés.

C'est à la réunion de ces troubles de l'activité volontaire et automatique que l'on a donné le nom de *syndrome catatonique*. Les principaux éléments de ce syndrome sont des phénomènes d'opposition plus connus aujourd'hui sous le nom de *négativisme* ; des phénomènes de docilité auxquels s'applique le terme de *suggestibilité*, et enfin des stéréotypies. Le négativisme, se caractérise à son degré le plus léger par sa lenteur, la contrainte et l'hésitation des mouvements commandés, et plus tard par une inertie et une inaction complètes. Plongés dans la stupeur, les malades restent immobiles et comme figés durant des journées entières et dans la même position et opposent à tous les actes qu'on veut leur faire exécuter une résistance invincible, conséquence de leur *activité négative*. Les manifestations de la suggestibilité consistent tantôt dans une simple docilité ou une sorte d'*activité imitative* des sujets, qui exécutent les actes les plus baroques qu'on leur ordonne, copient mutuelllement leurs poses et leurs attitudes, conservent les positions qu'on imprime à leurs membres (*catalepsie*), répètent les mots prononcés devant eux (*écholalie*), reproduisent les gestes qu'ils voient faire (*échomimie, echopraxie*), etc.

L'affinité de ces deux groupes symptomatiques n'est pas contestable, car on les soit souvent alterner ou coexister chez les mêmes malades ; tous deux du reste, penvent être rapportés à un même processus psycho-pathologique fondamental, la perte de l'activité volontaire en même temps que la persistance d'une certaine activité automatique, irraisonnée et inconsciente. La désagrégation psychique de ces sujets s'accuse encore par l'apparition des phénomènes de stéréotypie qui consistent, comme on sait, dans la répétition incessante et indéfinie des mêmes gestes, des mêmes mots, qni s'intercalent dans toutes les phrases, des mêmes grimaces et des mêmes tics, des mêmes façons bizarres, affectées ou maniérées, de parler. de marcher, de s'as-

seoir, de manger, etc. A côté des stéréotypies, et comme autres manifestations de l'exagération de l'automatisme chez les déments précoces, il nous faut encore signaler leur besoin continuel de mouvements, leurs gesticulations désordonnées, sans but, sans troubles émotionnels adéquats ; leur impulsivité, leurs fugues irrésistibles, leurs explosions de rires et de pleurs, etc. Quant aux modifications de la sphère intellectuelle proprement dite, elles se manifestent par des troubles de l'attention, de la mémoire, de la réflexion, du jugement, de l'association des idées, etc.

Les malades sont incapables de s'appliquer à aucun travail, de lire, de fixer leur esprit sur un objet. S'ils conservent en général assez bien le souvenir des faits anciens, ils ont complètement perdu la faculté de fixer de nouvelles images, ainsi que cela apparaît clairement dans leur verbigération écrite ou parlée, leur jargonaphasie, leurs néologismes, etc. La plupart des déments précoces (les déments paranoïdes exceptés) n'ont aucune notion du temps ; ils ne savent ni leur âge, ni le millésime de l'année ; leur lângage en outre est d'une incohérence déconcertante, qui prouve que l'association, l'enchaînement normal des idées, n'ont plus lieu que par assonance de certains mots, par des rimes, des synonymes et aussi par antitbèse, par opposition, l'émission de certains mots évoquant immédiatement un mot de signification contraire.

Tels sont les principaux aspects sous lesquels peut se présenter l'affaiblissement des facultés psychiques chez les déments précoces. Cet affaiblissement constitue, ainsi que nous l'avons déjà signalé, le fondement même de la maladie, ce qui veut dire qu'il en est à lui seul la condition nécessaire et suffisante.

Lorsqu'il existe à l'état isolé pendant tout le cours de l'affection, sans conceptions délirantes, sans hallucinations, sans excitation, ni dépression, on se trouve en présence d'une forme atténuée ou fruste de la maladie (*forme simple* de M. Sérieux, *hébéphrénie mitigée* de M. Christian). Les autres variétés aujourd'hui classiques de la maladie, l'*hébéphrénie*, la *catatonie* et la *démence paranoïde* empruntent leur dénomination à la superposition, à cet affaiblissement intellectuel, de troubles psychiques variés : conceptions délirantes, hallucinations, états d'excitation, de dépression et de stupeur que nous allons rapidement passer en revue.

C'est surtout dans l'hébéphrénie et dans la démence paranoïde de Krœpelin que s'observent des troubles sensoriels et des conceptions délirantes.

Ces conceptions délirantes ne présentent rien de spécial en ce qui concerne leur contenu : les plus fréquentes sont des idées de richesse, de grandeur ou de persécution, parfois aussi des idées hypocondriaques, mystiques, érotiques, etc. ; elles sont foncièrement polymorphes et asystématiques, au moins dans l'hébépbrénie, et la première variété de la démence paranoïde (démence paranoïde simple), qui comprend les formes décrites en France sous le nom de *délire polymorphe des dégénérés*, de *délire d'emblée*, etc., en Allemagne sous celui de *paranoïa aiguë*. Par contre, dans la deuxième variété de démence paranoïde, — forme dans laquelle Krœpelin a fait rentrer tous les *délires systématisés hallucinatoires*, y compris le *délire chronique* de Magnan —, ces idées délirantes sont un peu moins mobiles, plus cohérentes et peuvent même offrir un certain degré de systématisation.

Les réactions psycho-motrices les plus variées (excitation, dépression, stupeur) peuvent s'observer dans toutes les formes de démence précoce, mais c'est dans la variété catatonique qu'elles jouent un rôle tout à fait prépondérant.

Ordinairement passagers, transitoires et éphémères dans l'hébéphrénie et surtout dans la démence paranoïde, les états d'excitation, de dépression ou de stupeur peuvent, au contraire, persister sans la moindre modification pendant des semaines, des mois et des années, dans la catatonie.

L'excitation se traduit par un verbiage incohérent, dans lequel les mots s'accolent les uns aux autres sans aucune suite (*salade de mots*), dont certains sont employés à contresens, d'autres déformés (*jargonaphasie*), forgés de toutes pièces (*néologismes*) ou répétés à satiété (*verbigération*). Le désordre qu'on observe dans les discours des déments précoces excités se retrouve dans leurs attitudes, leurs actes et toute leur manière d'être. Outre leur physionomie mobile, leurs cheveux en désordre, les femmes (visées surtout dans cette description) affectent de se montrer complètement nues, ou se drapent à l'antique dans leurs couvertures, prennent des attitudes de sphinx, de prédicateur, d'athlète, etc.

Lorsque à cette agitation motrice fait place une période de calme et de répit, les malades se dissimulent complètement sous leurs draps, le tronc et les membres repliés sur eux-mêmes, les genoux touchant souvent le menton, la tête toujours enfouie au milieu du lit.

Malgré leur calme apparent, ces malades diffèrent totalement de celles qui sont réellement en état de dépression ou de stupeur, parce que, à l'encontre de celles-ci, brusquement, instantanément, elles s'élancent hors de leur lit et recommencent la série des extravagances signalées plus haut.

Leurs compagnes en état de stupeur gardent, au contraire, invariablement la même position : levées ou couchées elles restent durant tout le jour immobiles, raidies, figées, le plus souvent dans des attitudes pénibles ou fatigantes, la physionomie inerte, le regard vague, la tête légèrement inclinée, les bras ramenés le long du tronc, les membres tantôt résistants, impossibles à déplacer, tantôt mous, flasques et conservant les attitudes qu'on leur donne. Insensibles à toutes les excitations extérieures, les malades en état de stupeur *voient*, *entendent*, *comprennent*, et cependant elles ne répondent pas aux questions et se montrent incapables d'ouvrir la bouche, de tirer la langue, de donner la main. Place-t-on entre les mains d'une semblable patiente un crayon, un objet quelconque, elle le laisse échapper ou le tient machinalement sans chercher à se rendre compte de son usage, comme dans les cas d'abolition du sens stéréognostique. Cet état d'indifférence et d'incuriosité de la *main négativiste* est une confirmation de la loi de MM. Brissaud et P. Marie : il prouve que l'appétit de la fonction est étroitement lié à l'intégrité de son exercice et que, au moins dans le domaine de l'activité psychique supérieure, la perte des moyens d'exécution peut entraîner l'oubli même de la fonction paralysée. Dans les cas de stupeur complète, les injonctions, les sollicitations les plus pressantes, ne sont suivies d'aucune réaction motrice ou vaso-motrice. On peut alors diriger contre les malades la pointe d'un instrument tranchant, toucber leurs globes oculaires ou la pointe de leur langue avec l'extrémité d'une aiguille sans qu'ils donnent le moindre signe de frayeur. Seule, la *réflectivité automatique* persiste, la *psycho-réflectivité* est absente.

Ces états de stupeur, comme ceux d'excitation décrits plus haut, peuvent s'observer en dehors de la démence précoce, mais c'est seulement dans cette affection qu'ils se présentent sans relation avec des idées délirantes ou des hallucinations et indépendamment de troubles émotionnels.

Quand on interroge, en effet, les malades, dans leur périodes de rémission ou dans leurs intervalles lucides, sur la raison des bizarreries de leur conduite et de leurs attitudes, ou bien ils balbutient des raisons insignifiantes, ou bien ils déclarent qu'il leur était impossible d'agir autrement ; mais ce qu'ils n'avouent pas, parce qu'ils ne s'en rendent pas compte, c'est qu'ils n'en n'avaient ni le *désir*, ni la *volonté*. Ce qui justifie encore une fois l'opinion de M. Séglas, que la seule explication plausible des symptômes catatoniques ne doit pas être cherchée ailleurs que dans le fonds mental sur lequel ils reposent : fonds commun à toutes les variétés de la maladie et caractérisé surtout par la passivité de l'esprit, la perte de l'activité intellectuelle, la lenteur des processus psychiques et l'affaiblissement progressif de la synthèse mentale.

Il me resterait maintenant, pour compléter le tableau symptomatique de la démence précoce, à passer en revue les signes physiques de cette affection, mais comme ils n'ont pas encore acquis une réelle valeur sémiologique, je me bornerai à signaler les plus fréquents. Presque tous les auteurs ont constaté une exagération des réflexes tendineux

chez les sujets en état de stupeur on de demi-stupeur. Par contre, les réflexes cutanés ont été trouvés faibles ou abolis dans la moitié environ des cas. Il en est de même des réflexes lumineux et accommodateurs de la pupille. La pupille elle-même offre des dimensions variables ; dans un peu plus des deux tiers des cas on diamètre serait exagéré.

En outre de ces modifications de la réflectivité, on observe, chez un grand nombre de déments précoces, de la cyanose et du refroidissement des extrémités, des œdèmes localisés, des infiltrations particulières du tissu cellulaire des extrémités (pseudo-œdèmes de Dide), des alternatives d'engraissement et d'amaigrissement rapides survenant sans cause appréciable (Séglas), du dermographisme, des troubles de la menstruation, etc., etc.

Le liquide céphalo-rachidien, contrairement à ce qui se passe dans la paralysie générale, ne contient pas d'éléments figurés : dans quelques cas cependant on a noté l'existence d'une lymphocytose modérée (Camus et Lhermitte). Quant aux urines, elles sont généralement diminuées de volume et présentent presque toujours une diminution de leur teneur en urée, en phosphates et en chlorures. Plusieurs auteurs ont en outre constaté un retard dans l'élimination du bleu de méthylène, ce qui semble indiquer une diminution de la perméabilité rénale.

Les signes physiques que nous venons de passer en revue sont notablement plus fréquents et plus accusés dans les formes catatoniques et hébéphréniques de la démence précoce que dans la forme paranoïde. Ils appartiennent surtout à la période d'état de la maladie et diminuent en nombre et en intensité à la période terminale.

Leur valeur sémiologique est encore actuellement difficile à préciser : il semble bien, cependant, d'après l'étude comparative qui a été faite de ces mêmes signes dans quelques autres formes d'aliénation mentale, qu'ils sont plus nombreux et plus accusés dans la démence précoce que dans les autres psychoses ; mais il faut reconnaître qu'aucun d'eux, pris isolément, ne saurait être considéré comme pathognomonique, et que c'est seulement par leur réunion et leur permanence qu'ils peuvent apporter une utile contribution au diagnostic.

Quoi qu'il en soit, la symptomatologie de la démence précoce, telle que nous venons de l'exposer brièvement, est fondée actuellement sur un nombre trop imposant de faits empruntés aux observateurs de tous les pays, pour que le plus léger doute puisse s'élever sur la réalité de cette entité morbide. Aussi bien n'est-ce pas la valeur nosographique de cette affection qui est aujourd'hui en discussion, mais uniquement son autonomie nosologique. Beaucoup d'aliénistes, en effet, tout en reconnaissant que la démence précoce ne laisse rien à désirer au point de vue symptomatique, se refusent à la considérer comme une maladie autonome et tendent à la faire rentrer dans le groupe des *folies dégénératives* ou *héréditaires*. parce qu'elle n'a pas encore pour critérium des lésions anatomiques indiscutables ou une étiologie spéciale.

« Le problème étiologique, dit M. Gilbert Ballet, me paraît, à l'heure actuelle, le problème capital ; la démence précoce est-elle une psychose *accidentelle* ou une psychose *constitutionnelle* ? Voilà le point vif de la question. Suivant la solution qui interviendra, on pourra décider si la description de la démence précoce n'est qu'une amplification nosographiquement plus détaillée de celle déjà donnée par Morel, ou si, au contraire, l'affection doit être élevée au rang d'entité nosologique nouvelle. »

On ne saurait nier que, de l'enquête étiologique faite par différents auteurs, il est encore bien difficile de tirer des indications positives sur la pathogénie de la démence précoce : il nous semble cependant que parmi les différents facteurs étiologiques le plus souvent invoqués, il en est deux, au moins, qui méritent de retenir l'attention.

Le premier, c'est que chez un assez grand nombre de déments précoces, il existe des *antécédents héréditaires névropsychopathiques non douteux* ; le second, que les causes accidentelles qu'on fait le plus volontiers intervenir, sont toutes réductibles à un *processus d'auto-intoxication*, dont le déterminisme, à la vérité, n'a pu être encore précisé, mais que l'âge auquel la maladie se développe le plus souvent permet de rattacher vraisemblablement à un trouble de la sécrétion des glandes sexuelles (testicules, ovaires), pour un certain nombre de cas (la grande majorité) et, pour les autres, à une insuffisance fonctionnelle des glandes hépatiques, rénales, surrénales, thyroïde, etc.

De ces deux constatations, la première, à nos yeux, signifie simplement qu'une prédisposition est indispensable au développement de la démence précoce. A vrai dire, cette prédisposition aurait pu être admise *a priori*, personne aujourd'hui ne mettant en doute qu'une sorte de consentement de l'organisme est nécessaire pour qu'une maladie s'installe et persiste.

On peut donc considérer comme un fait acquis que si la démence précoce se montre chez les dégénérés, c'est seulement dans un petit nombre de cas. Cette constatation ne porte nullement atteinte à la théorie de l'auto-intoxication ; les tares dégénératives — bien qu'on ait soutenu le contraire — s'observent aussi quelquefois dans la paralysie générale et, cependant, l'origine accidentelle de cette affection n'en est pas moins proclamée par la grande majorité des auteurs. La paralysie générale, a déclaré M. Magnan, est la plus individuelle des maladies mentales.

Nous avons dit, d'autre part, que, de notre enquête étiologique, résultait la notion que la prédisposition, héréditaire ou acquise, avait besoin d'être actionnée par des causes accidentelles pour réaliser le syndrome clinique de la démence précoce et nous avons émis l'hypothèse que, sous le couvert de masques divers (excès, surmenages, traumatismes, chocs moraux, épuisement, etc.), ces diverses causes, en apparence complexes, formaient un seul faisceau étiologique dont tous les éléments étaient sous la dépendance d'un même processus pathogénique. L'étiologie est, à vrai dire, impuissante à nous renseigner sur la nature de ce processus mais peut-être nous sera-t-il possible, en faisant appel à l'anatomie pathologique, de soulever un coin du voile qui le recouvre. Un point qui semble actuellement à l'abri de toute constestation, c'est l'existence d'une profonde altération de la cellule nerveuse et de ses prolongements dans tous les cas de démence précoce (Klippel et Lhermitte). On ne manquera pas de nous objecter que la lésion exclusive du neurone n'a pas, par elle-même, une signification absolue, qu'on l'observe dans tous les états démentiels et même dans beaucoup de psychoses.

A cette objection, nous répondrons que si la cellule nerveuse est lésée isolément, c'est qu'elle est le terrain par excellence des réactions les plus délicates et les plus précoces aux imprégnations toxiques (Dupré) et, d'autre part, qu'il n'est pas absolument démontré que les réactions défensives de l'organisme, qu'on a l'habitude d'observer dans tous les processus toxi-infectieux aboutissent à la mort de la cellule, fassent complètement défaut dans la démence précoce.

MM. Alzheimer, Nissl, Bridier et quelques autres auteurs ont noté expressément l'existence de lésions vasculaires, et aussi, d'une infiltration de l'écorce par des corpuscules ronds de dimensions variables, de nature névroglique ou leucocytaire, qui semblent jouer le rôle de neuronophages vis-à-vis de la cellule nerveuse.

Cette prolifération de la névroglie n'est, du reste, pas niée par MM. Klippel et Lhermitte, mais ils la relèguent au second plan, parce qu'elle était circonscrite et limitée dans les cas qu'ils ont examinés : mais si cette prolifération n'était pas plus abondante, il faut peut-être en chercher la cause dans la brusque interruption de l'affection par une maladie intercurrente, ainsi que le fait s'est produit chez 3 sur 4 des malades dont ils ont examiné les centres nerveux.

Après les réserves cliniques que nous venons de faire, il est peut-être un peu téméraire d'affirmer, avec ces auteurs, que, dans la démence précoce, « la lésion localisée à l'un des tissus de l'encéphale demeure comme un fait indiscutable... et qu'il y a là une lésion qui appartient à la démence précoce et non à certaines autres démences ». Dans l'état actuel de la question nous croyons inutile d'insister davantage sur l'interprétation que sont susceptibles de recevoir des alté-

rations dont le siège, la nature et l'étendue prêtent encore à discussion. Ce qu'il nous est seulement permis de retenir en nous en tenant aux constatations les plus récentes, c'est l'analogie, pour ne pas dire la complète identité, de ces lésions avec celles de psychoses dont l'origine toxi-infectieuse ne fait plus de doute pour personne, comme la confusion mentale et la psyhose polynévrique (G. Ballet). Dans ces deux ordres de faits (psychose polynévritique et confusion mentale d'une part, démence précoce de l'autre), on note la même intégrité des méninges et des vaisseaux, la même absence de lésions notables de la névroglie, la même localisation du processus à la cellule nerveuse dont les angles sont arrondis, les prolongements plus grêles, le protaplasma granuleux, le noyau excentriquement déplacé, etc. Il semble donc que, d'ores et déjà, on soit en droit, au nom de l'anatomie pathologique, de distinguer la démence précoce des folies dites dégénératives et de les rattacher avec Krœpelin au groupe des maladies mentales dues à une auto-intoxication.

Après les considérations qui précèdent, on me pardonnera d'être bref sur les arguments cliniques qui peuvent être invoqués à l'appui de l'origine auto-toxique de la démence précoce. A considérer seulement la lente évolution de la maladie, qui n'aboutit à la perte complète des facultés qu'après une série de crises paroxystiques et de rémissions, on ne peut se défendre de penser à l'intervention d'un processus toxique qui procède par poussées et n'envahit que progressivement, d'une façon inégale et intermittente, l'ensemble des territoires psychiques. En faveur de cette hypothèse, militent encore les abcès fébriles, les crises convulsives, les états cataleptoïdes, etc., et, dans le même ordre d'idées, les états de confusion, d'engourdissement, de torpeur, d'outrisme et de puérilisme qui donnent à la maladie un cachet si spécial. Mais comme il n'y a là, en réalité, que des présomptions, mieux vaut se cantonner sur le terrain anatomique. Or, l'hystopathologie actuelle de la démence précoce, même réduite aux constatations de MM. Klippel et Lhermitte, tend à faire admettre l'existence d'une altération de la substance grise du cerveau, et, principalement des zones d'association, par des poisons vraisemblablement d'origine glandulaire.

Nous conclurons donc en disant que la démence précoce, tout en restant soumise, dans les mêmes limites que la paralysie générale, à l'inéluctable loi de la prédisposition héréditaire et acquise, est, au même titre et dans la même mesure que cette dernière affection, une maladie *fortuite* et *accidentelle*.

Après l'exposé qui vient d'être fait des raisons qui nous empêchent d'envisager la démence précoce comme une affection secondaire ou consécutive à certaines psychoses, fût-ce même à la confusion mentale (Régis), et par conséquent d'admettre la théorie de la *démence vésanique rapide*, il nous reste à examiner si la conception de la *démence vésanique tardive* est plus justifiée.

Pour cela, nous examinerons séparément les trois grands groupes d'états démentiels consécutifs : 1° aux folies généralisées (manie, mélancolie, etc.) ; 2° aux psychoses dites des dégénérés (délire d'emblée, délire polymorphe, paranoïa aiguë, etc.) ; 3° aux folies systématisées chroniques.

Tous les auteurs sont aujourd'hui d'accord pour reconnaître que la *manie* et la *mélancolie* dites *essentielles* ne peuvent plus être considérées comme des entités morbides et que, par ces mots, on désigne de simples états syndromiques pouvant toujours être rattachés à la folie maniaque dépressive, à la paralysie générale, aux folies toxiques, à la démence précoce, à la confusion mentale, etc. Sur 1,000 maniaques suivis pendant de longues années, dit Kræpelin, je n'en ai observé qu'un seul qui n'ait pas eu de récidives. Le même auteur et, après lui, M. Sérieux, M. Capgras, etc., ont également établi que la mélancolie n'existait, en tant qu'affection autonome, que comme manifestation des processus organiques d'involution sénile et que les états mélancoliques observés pendant la jeunesse ou l'âge adulte, étaient tous justiciables de la folie maniaque dépressive ou de la démence précoce, quand ils n'étaient pas liés à la paralysie générale ou aux folies toxi-infectieuses. La manie et la mélancolie perdant ainsi toute valeur en tant que types nosologiques, on voudra bien reconnaître qu'il ne saurait y avoir à proprement parler de démences post-maniaques ou post-mélancoliques.

Y a-t-il lieu de conserver les démences consécutives aux états dits dégénératifs décrits sous le nom de *délires d'emblée* ou *polymorphes*, de *paranoia aiguë*, etc. ? De l'avis de tous les auteurs, la terminaison habituelle de ces états serait la guérison. Nous n'y contredirons pas, mais il faut avouer que ces prétendues guérisons ne visent que l'épisode délirant et les troubles sensoriels qui l'accompagnent. Le plus souvent, les malades sortent de leurs accès délirants, diminués intellectuellement.

Mais comme leur niveau mental, déjà faible congénitalement, était inconnu du médecin qui les traite, ce déficit passe inaperçu, et alors deux éventualités peuvent se produire : ou les malades quittent l'asile pour y rentrer bientôt avec des accidents analogues qui, eux-mêmes, disparaissent à leur tour, et ce n'est souvent qu'après trois ou quatre paroxysmes délirants — dont on méconnaît ordinairement, du reste les liens de parenté — que l'état démentiel éclate à tous les yeux ; ou bien les accalmies ne sont pas assez franches pour que le malade quitte l'asile, et au bout de quelques semaines ou de quelques mois les manifestations délirantes se reproduisent et évoluent pour ainsi dire d'une seule traite vers la démence définitive et incurable. Dans les deux cas, il ne s'agit donc pas réellement d'une démence secondaire ou terminale, mais d'une démence primaire, protopathique, précoce, momentanément masquée par des phénomènes délirants : ceux-ci sont sujets à des rémissions et peuvent même disparaître tout comme dans la paralysie générale, mais le déficit mental sur lequel ils sont greffés est permanent et s'accentue progressivement pour aboutir au bout de plusieurs années à la perte complète de l'intelligence. Parfois, du reste, les caractères cliniques de ce déficit intellectuel, qui s'affirme encore par des actes baroques, des tics, des stéréotypies, du négativisme, du collectionisme, des soliloques, de la verbigération, etc., ne laissent aucun doute sur son origine démentielle.

Restent les *délires systématisés chroniques*. Beaucoup d'auteurs estimaient autrefois que ces psychoses ne se terminaient jamais par la démence. On se rappelle l'opposition qu'a rencontrée M. Magnan pour faire accepter la période démentielle de son délire chronique à évolution systématique. L'effacement du délire, sa cristallisation, l'indifférence des malades étaient mis sur le compte de leur long internement et de l'inutilité reconnue par eux de leurs affirmations délirantes.

Ces faits ne sont plus aujourd'hui envisagés de la même façon : il est nombre de cas, dit M. Séglas, en parlant des délires systématisés, surtout des variétés dites hallucinatoires, qui arrivent à une démence véritable, bien qu'incomplète et de caractères particuliers. MM. Sérieux et Masselon admettent également que les *délires systématisés hallucinatoires* aboutissent plus ou moins tardivement à l'affaiblissement intellectuel ; mais sans se prononcer d'une façon catégorique, ces auteurs hésitent cependant à faire rentrer les états d'affaiblissement intellectuel consécutifs aux délires systématisés hallucinatoires dans la variété paranoïde de la démence précoce. Pour eux, il s'agirait bien là d'une démence secondaire méta ou post-vésanique. Voilà en somme à quoi se réduirait le vaste groupe des démences vésaniques que tous les auteurs font encore figurer dans leurs classifications. Faut-il se ranger à l'opinion de M. Séglas et de M. Séreux, ou adopter celle de Kræpelin qui soutient que toutes les variétés hallucinatoires de la paranoïa, y compris le délire chronique de Magnan, doivent être considérés, au moins à titre provisoire, comme appartenant à la démence précoce ? En ce qui nous concerne, nous nous sommes déjà expliqué ailleurs sur cette question, nous n'y insisterons donc pas. Voici cependant quelques-uns des arguments qui peuvent être invoqués en faveur de la théorie de Kræpelin.

Pour juger du niveau intellectuel des malades atteints de délires systématisés chroniques, il faut étudier le contenu de ces délires qui, comme on le sait, est presque toujours à bases d'idées hypocondriaques, de persécution ou de grandeur. Or, de l'avis de tous les auteurs, de semblables idées

ne peuvent se développer qu'à la faveur d'un affaiblissement congénital ou acquis, temporaire ou permanent, des facultés : leur fréquence, en dehors de la folie systématisée, chez les imbéciles, les débiles et les déments de toute espèce, le prouve suffisamment pour que nous n'ayons pas besoin de nous arrêter sur ce point. Il est vrai que les mêmes auteurs insistent à l'envi sur les caractères differents que présentent ces idées dans les affections que nous venons de citer (imbécillité, débilité mentale, paralysie générale, etc.) et dans la paranoïa.

Pour démontrer la conservation relative de l'activité intellectuelle chez les paranoïaques, on invoque surtout la systématisation de leur délires ; leurs conceptions fausses, dit-on, s'enchaînent et se relient les unes aux autres ; seul, le point de départ de ces conceptions repose sur une fiction, mais celles-ci sont logiquement déduites les unes des autres et on en conclut à l'intégrité des facultés syllogistiques de ces malades.

En réalité, la systématisation des idées chez ces sujets est loin d'être aussi inattaquable qu'on l'admet généralement (je rappelle qu'il ne s'agit ici que des variétés hallucinatoires de la paranoïa) ; l'échafaudage en est le plus souvent fragile et chancelant ; mais, en admettant même le parfait agencement de ces échafaudages délirants, il est bien évident qu'ils ne peuvent s'édifier qu'à la faveur d'une crédulité et d'une perte complète de la faculté autocritique, qui sont les témoins irrécusables d'un affaiblissement préalable des facultés. Cet affaiblissement, dira-t-on, est congénital, il n'est pas acquis, il n'est donc pas démentiel. Il est probable qu'en réalité, il est l'un et l'autre. En tout cas, M. Magnan a signalé l'existence de délires systématisés, en apparence purs de tout mélange, chez des paralytiques généraux. Son élève, M. Pécharman, a également relevé plusieurs cas de délire systématisé chez des vieillards, c'est-à-dire chez des sujets dont le cerveau est en voie de régression athéromateuse. Délire systématisé et démence ne peuvent donc pas être considérés comme deux termes ennemis, contradictoires. D'autre part, la superposition si fréquente des idées de grandeur aux idées de persécution chez les paranoïaques n'est-elle pas la preuve irrécusable des progrès de leur amoindrissement intellectuel ? Et la cristallisation elle-même de leurs conceptions délirantes, qui tournent dans un cercle de jour en jour plus étroit, se reproduisent, constamment identiques à elles-mêmes, qui sont *stéréotypées* comme on disait autrefois, ne constitue-t-elle pas un nouvel argument à l'appui de la thèse que nous défendons ? La stéréotypie délirante des délirants chroniques est évidemment un phénoméne du même ordre que la stéréotypie verbale des déments précoces ; cette répétition monotone des mêmes mots dans un cas, des mêmes idées dans l'autre, ne peut être que le fait d'un effacement progressif des images mentales et de la fixation isolée, automatique, de quelques-unes seulement d'entre elles dans le champ de la conscience (Masselon), ce qui revient à dire que la démence est le substratum de ces stéréotypies.

Telles sont les principales raisons qui nous semblent justifier l'introduction dans le cadre de la démence précoce de la plupart des délires systématisés hallucinatoires chroniques.

Ajoutons, enfin, que la terminaison constante de ces délires par démence totale, peut encore être invoquée en faveur de la doctrine de Kræpelin. Si celle-ci rencontre encore une si grande opposition, c'est qu'au dire de certains auteurs il s'écoulerait un temps parfois considérable entre le début du délire systématisé et le moment où la démence fait son apparition ; il y a là une équivoque qui disparaîtrait, si tout le monde s'accordait pour donner au terme de démence la même valeur.

Après Claus, je rappellerai que le mot *dementia*, en allemand, a une signification moins absolue que celle qu'on lui attribue en France, «que dans la sixième édition du traité de Kræpelin, le terme de « démence » est remplacé par celui de « Schwachsinn » qui signifie simplement : faiblesse d'esprit. En médecine mentale, plus peut-être encore que dans les autres branches de la médecine, il est nécesaire de définir exactement les termes que l'on emploie. Comme tous les processus, celui de la démence a un commencement, un milieu et une fin. En France, on a pris peu à peu l'habitude de réserver le mot « démence » pour désigner exclusivement la phase ultime des déficits intellectuels. En bonne logique, ce terme doit s'appliquer également aux phases initiales de ces déficits, lacunaires ou globaux, permanents ou progressifs, quelle que soit par ailleurs la subtilité que réclame leur constatation ; et cela, jusqu'au jour où les progrès de l'anatomie pathologique nous permettront de faire, pour le syndrome clinique de la démence, ce qui a été si heureusement réalisé par les remarquables travaux de Bourneville et de ses élèves, pour le syndrome clinique de l'idiotie.

En s'appuyant sur ces considérations purement cliniques, on serait donc en droit de nier aujourd'hui l'existence des *démences* dites *vésaniques* ou *secondaires*; mais d'autres raisons peuvent encore être invoquées en faveur de cette thèse.

Depuis longtemps, l'anatomie pathologique avait devancé sur ce point la clinique, en établissant l'existence, dans tous les cas de démence chronique, de lésions matérielles de la corticalité cérébrale, et en montrant que l'intensité de ces lésions était toujours en rapport avec la gravité des symptômes : il est donc bien difficile, pour tout esprit non prévenu, de ne pas admettre un rapport de causalité entre ces lésions et le tableau symptomatique de la démence. M. Pierret, le premier en France, a soutenu cette doctrine, qui a été confirmée depuis par un grand nombre d'observateurs.

La démence, quelle que soit son originne, dit M. Nissl, a toujours un substratum anatomique objectivement démontrable : toutes les démences sont donc foncièrement *organiques* et diffèrent seulement entre elles par le degré d'intensité du processus de destruction cellulaire du cortex. A la vérité, MM. Klippel et L'hermite ont essayé récemment d'établir une ligne de démarcation entre les démences vésaniques, en se fondant sur la différence de localisation des lésions respectives de ces deux groupes d'états démentiels.

D'après cette théorie, « les délires et les démences dites organiques auraient pour caractère anatomique d'atteindre l'ensemble des tissus qui composent l'encéphale et à côté des lésions du neurone, et de la névroglie (tissu neuro-épithélial) d'entraîner celles des éléments vasculo-conjonctifs (leucocytes, endothéliums vasculaires, cellules conjonctives).

« Les délires et les démences vésaniques seraient liés aux lésions dites fonctionnelles et à l'atrophie du neurone, tandis que les autres tissus de l'encéphale, à part parfois la névroglie, ne participeraient pas aux lésions ».

On remarquera qu'à cette différence de siège des altérations ne correspond aucune différence de nature. Il s'agit toujours de lésions destructives avec désintégration plus ou moins complète de la cellule, mais tandis que l'élément noble est seul intéressé dans un cas, dans l'autre sa gangue vasculo-conjonctive participe au processus.

Dans ces conditions, est-on réellement fondé à séparer aussi nettement des affections qui reconnaissant un même substratum, ne différant que par son étendue ? D'autres répondront et, pour commencer, voici déjà l'opinion de M. Pierret sur la question : « De toutes les lésions observées au cours des démences, écrit son élève, M. Bridier, la plus constante est celle de la cellule corticale. Il ne s'agit pas seulement d'une lésion banale telle que la chromatolyse, mais de la destruction de l'élément et de son remplacement par des amas de noyaux ou tout au moins par une dégénérescence granulo-pigmentaire », et plus loin : « Au point de vue anatomo-pathologique, on ne peut faire de distinction entre les démences organiques et les démences vésaniques ».

La clinique nous ayant déjà fourni la même réponse, c'est à cette conclusion que nous nous rallierons, d'autant plus qu'elle est basée non pas sur l'examen de quelques cas de démence précoce, comme celle de MM. Klippel et Lhermitte, mais sur un ensemble de faits comprenant les principaux types de démences classiques, y compris les anciennes démences aiguës curables d'Esquirol (confusion mentale, stu-

pidité, etc.), que nous n'avons pu étudier ici sous peine de passer en revue toute la pathologie mentale.

Abstraction faite de ces démences aiguës, nous avons essayé d'établir que l'ancien groupe disparate et hétérogène des démences dites vésaniques ou secondaires ne pouvait plus être maintenu dans les classifications psychiatriques ; parmi ces démences, il en est d'abord plusieurs qui doivent forcément disparaître, puisque les psychoses dont elles constituaient le stade terminal ont perdu leur autonomie ; telles sont les démences consécutives aux folies simples, la démence maniaque, la démence mélancolique, etc. Quant aux deux autres groupes de démences vésaniques, celles qui sont consécutives aux prétendues psychoses dégénératives aux délires systématisés aigus ou chroniques (variétés hallucinatoires), etc., elles ressortissent toutes aux différentes formes de la démence précoce, et par conséquent, appartiennent à la catégorie des démences primitives.

Défalcation faite des démences toxiques et des démences névrosiques, qui ne rentrent pas dans le cadre de ce travail, on pourrait, en s'appuyant sur ces données, essayer de grouper au moins provisoirement les démences organiques (y compris les anciennes démences vésaniques) en deux grandes classes : celles qui sont dues à des *lésions circonscrites, solitaires* ou *multiples*, et celles qui reconnaissent pour cause des *lésions diffuses et généralisées d'emblée*; cette seconde classe pourrait elle-même être subdivisée en deux groupes, à la vérité artificiellement séparés, suivant qu'il s'agit des lésions *aiguës* ou *chroniques*, *réparables* ou *destructives*.

Ce classement permettrait de réserver une place aux anciennes démences aiguës curables, qui, nées dans notre pays, ont au moins autant de peine aujourd'hui à s'y acclimater que la démence précoce.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 16 juillet 1904.

Cure de déchloruration et albuminurie brightique.

MM. Widal et Javal ont communiqué l'observation d'un brightique à prédominance épithéliale, chez lequel la cure de déchloruration avait entraîné une diminution de l'albuminurie, tandis que l'ingestion du sel avait aggravé le symptôme. Cette influence de la cure de déchloruration sur l'albuminurie est un fait fréquent qu'on peut observer dans les différentes formes d'albuminurie.

La variation de la quantité des substances albuminoïdes du régime n'a pas influencé la quantité d'albumine urinaire émise par les brightiques. Le régime lacté, spécialement riche en albuminoïdes, ne doit ses effets salutaires qu'à sa faible chloruration. On peut, chez des brightiques, remplacer les albuminoïdes du lait par ceux de la viande sans augmenter l'albuminurie. On peut donc autoriser la viande chez les brightiques, à condition de surveiller la chloruration du régime.

Anciens procédés thérapeutiques et données expérimentales actuelles.

MM. Charrin et Vitry. — La toxine diphtérique injectée dans les membres postérieurs, si l'on pratique une ligature de la racine du membre, l'action du virus est très atténuée. Ce fait justifie la pratique des ligatures au-dessus des points mordus en cas de blessure vénimeuse ou virulente. On pense que le ralentissement provient d'un trouble circulatoire dû à la constriction, soit d'une lenteur de pénétration du principe actif. En effet, si on injecte le virus dans un membre préalablement ligaturé, l'arrêt est moindre que si la ligature suit immédiatement l'injection. Certains virus : tétanos, rage suivent surtout les tracés nerveux. Dans le territoire du sciatique de 2 lapins, l'un normal, l'autre ayant subi la résection des nerfs de la patte postérieure droite, l'injection d'un centimètre cube de culture tétanique agit ainsi chez le *sujet sain*, la patte droite est prise au bout de 3 jours et les autres pattes commencent ; tandis que chez le malade, la maladie n'a pas encore évolué, et cette résection écarte parfois le tétanos, non seulement de la région protégée, mais même du reste.

Effet de la diurèse sur l'albuminurie.

M. Javal. — Chez les brightiques, où l'hydratation des tissus ne varie pas, un excès d'eau ingérée dilue l'albuminurie, de sorte que l'albumine dosée par litre peut paraître diminuée, alors que sur la masse elle est stationnaire.

S'il y a polyurie, l'augmentation de volume provient d'une déshydratation générale et l'effet sur l'albumine n'est pas le même que l'ingestion d'eau en excès. Il est donc important, au cours du mal de Bright, d'étudier la variation de l'eau émise dans les urines et des causes de ces variations et la quantité de l'albumine totale est bien plus stable qne ne l'indique le dosage par litre.

Séance du 23 juillet.

Echinococcose secondaire du poumon.

M. Dévé. — A 3 lapins, l'auteur a inoculé dans la trachée 4 à 5 millimètres cubes de sable échinococcique provenant de kystes de moutons avec 5 à 6 millimètres cubes de liquide hydatique.

Au bout de deux mois, aucnn ne présentait de ténia échinocoque, ni dans l'arbre trachéo-bronchique, ni dans le tube digestif. Chez tous, au contraire, dans le poumon il y avait de nombreuses granulations blanchâtres, nncléaires, disséminées dans les différents lobes, pseudo-tuberculose échinococcique. Ces granulations, infiltrées de sels calcaires, portaient parfois un petit kyste échinococcique.

Il n'est pas exceptionnel, chez l'homme, que des kystes analogues s'ouvrent dans la trachée et peuvent se rompre dans les bronches donnant des symptômes asphyxiques et toxiques suraigus et peuvent déterminer une brusque vomique de liquide limpide.

Manœuvre utile au cours de la respiration artificielle.

M. Guilloz (de Nancy). — Au cours d'accidents du chloroforme et pour aider les tractions rythmées qui étaient sans résultat, l'auteur refoula longuement toute la masse abdominale vers le diaphragme, synchroniquement avec les pressions costales. Après 3 ou 4 de ces pressions, la respiration sembla se rétablir, s'arrêta, puis reprit après qne la manœuvre abdominale eût été reprise plusieurs fois.

Action de la bactéridie charbonneuse sur la toxine tétanique.

MM. Garnier et Saboréanu. — Certains microbes agissent sur les toxines provenant d'autres espèces. Le pouvoir tétanique disparaît vite dans une culture ensemencée de bactéridies charbonneuses. Cette toxine, dépourvue de son action tétanique, peut encore déterminer la mort de l'animal, car la toxine est transformée en poison banal. On peut ainsi expliquer l'apparition de lésions quelconques dans des maladies antérieurement spécifiques (syphilis par exemple).

Elimination de l'acide urique par le rein.

MM. Courmont et André (de Lyon). — Pour déceler l'acide urique dans les conpes du rein, ces conpes sont immergées dans l'eau ammoniacale, puis traitées au nitrate d'argent ; le révélateur photographique montre l'urée en gros grains noirs.

L'acide urique s'élimine par les *tubuli contorti* et y est sans doute en complication, non simple.

Si une solution hypertonique de sel est injectée à des grenouilles affamées, l'élimination de l'acide urique est très précoce, très active et se généralise à tous les tubuli. Il y a exaltation de l'activité épithéliale. E. P.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 juillet 1904.

Angiocholite aiguë et laparotomie.

M. J.-L. Faure fait un rapport sur cette observation de M. Denis, médecin de l'hôpital français de Constantinople. Un malade lui est amené qui présentait des accidents graves du foie : température élevée et ictère. La ponction

n'ayant rien donné, on pratique la laparotomie. Plusieurs ponctions dans le foie mis à découvert et augmenté de volume n'amènent rien. On referme le ventre et le malade guérit en quelques jours.

M. Delbet raconte l'histoire d'un enfant qui avait un foie énorme et chez lequel il avait pensé à la syphilis hépatique. Sur les instances du médecin, qui ne partageait pas ce diagnostic, il pratique la laparatomie et trouve de l'ascite et des ganglions partout. Le ventre est refermé et l'enfant, guérit ; mais à quelques mois de là, il présente une gomme du front, qui confirma le diagnostic primitif.

Dans un deuxième cas, il s'agissait d'une femme qui avait une grosse tumeur arrondie du lobe droit du foie. On pense à un kyste hydatique et on ouvre le ventre. On trouve un gros foie jaune, mais pas de kyste. La malade guérit.

M. Lejars raconte qu'en 1892, on lui amène un jour une femme cachectique ayant un gros foie bosselé. La laparatomie montre une grosse tumeur extrêmement dure et jaunâtre et, plus loin, une autre tumeur plus petite. La malade guérit et aujourd'hui elle est bien portante, sauf qu'il y a deux ans, elle a présenté une gomme sur le tibia gauche.

M. Michaux a observé un cas de foie infectieux où la laparatomie a montré une surface couverte de nombreux abcès miliaires. Les ponctions ne donnent rien. On ferme et le malade guérit.

M. Reynier a opéré, il y a dix ans, un étudiant en médecine aujourd'hui docteur, qui présentait une grosse voussure de l'hypochondre droit. La tumeur siégeait dans le lobe gauche. Plusieurs ponctions restent blanches. On referme le ventre et la tumeur disparaît complètement.

M. Tuffier est d'avis qu'il faut faire le départ entre les cas d'infection du foie et les cas de tumeur du foie. Il a observé plusieurs cas d'infections hépatiques guéries par simple laparotomie.

M. Hartmann a opéré deux femmes ayant des tumeurs volumineuses du foie, sans diagnostic net et qui ont guéri.

Appareils de contention dans les fractures de l'humérus.

M. Delbet présente deux malades avec leurs appareils dus à l'ingéniosité de son interne, M. Heitz-Boyer.

La Société entre en vacances.

La prochaine séance aura lieu le 5 octobre.

L. Kendirdjy.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 29 juillet 1904.

M. Queyrat rapporte un cas de *syphilide ulcéro-gommeuse de la lèvre inférieure simulant un chancre syphilitique.*

Chancres syphilitiques multiples.

M. Queyrat présente un malade qui a eu successivement onze chancres syphilitiques du gland, du fourreau et du pubis.

Inversion viscérale généralisée.

M. Morel-Lavallée présente un cas très intéressant d'inversion viscérale généralisée. Chez le sujet en question, le cœur est à droite, le foie à gauche, l'estomac à droite et ainsi de suite. Le malade n'est pas gaucher.

Sclérodermie avec atrophie de la face et ulcération linguale.

M. Antony présente un malade. C'est un homme de 42 ans, atteint de l'affection énoncée dans le titre ci-dessus. Cette affection, très rare dans le milieu militaire, est survenue il y a seize ans à la suite d'une attaque de rhumatisme polyarticulaire. Depuis, elle n'avait fait que progresser malgré les cures thermales d'Amélie, de Bourbonne-les-Bains et de Dax. Actuellement, elle paraît être en voie d'amélioration depuis que le malade est soumis à des massages et à l'usage de bains hydro-galvaniques, trois séances par semaine d'une intensité de courant de 5 milliampères.

Paralysie faciale ourlienne. Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

M. Dopter rapporte l'observation d'un malade atteint d'oreillons et d'orchite ourlienne, au cours desquels il a présenté une paralysie faciale gauche, périphérique, avec hémiplégie droite du voile du palais et de la langue et mydriase du côté gauche.

La ponction lombaire révéla une quantité considérable de lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien, manifestation symptomatique d'une véritable méningite lymphocytique. Cette forte réaction méningée explique, vraisemblablement, la pathogénie de ces troubles nerveux. Il est probable que l'inflammation de la méninge se propage par les gaines aux troncs nerveux et engendre des lésions de leurs fibres ; parmi celles-ci, il en est qui peuvent être épargnées : les paralysies ainsi produites sont alors dissociées, parcellaires, comme celles qu'on observe dans les paralysies survenant au cours des méningites cérébro-spinales, tuberculeuses, ou autres.

Peut-être, cette observation pourra-t-elle donner une indication sur la genèse de certains troubles décrits dans l'infection ourlienne : névrite optique, cas de surdité, paralysie du muscle droit interne, mydriase, etc.

Réactions nerveuses dans le purpura exanthématique.

M. Grenet fait une intéressante communication sur l'intervention du système nerveux dans la production du purpura exanthématique.

B. Tagrine.

ASSISTANCE PUBLIQUE

Les Réformes du Concours de l'Internat.

Un Rapport de la Commission nommée par les Médecins, Chirurgiens et Accoucheurs des Hôpitaux, pour étudier les projets de réforme du concours de l'Internat (projets des MM. les Drs Souques, Mauclaire, etc...) commission comprenant ; MM. Sevestre, *président* ; Blum, Moutard-Martin, Champetier de Ribes, Faisans, Hartmann, Demoulins, Faure, Tissier, Mauclaire, Souques et Sergent, *rapporteur*, a été récemment publié. La Commission a soumis à l'approbation du corps médical des Hôpitaux les propositions suivantes :

I° Dispositions Préliminaires. — A. — *Programme.* — Etablir un programme du Concours de l'Internat, representant, en quelque sorte, la liste des matières sur lesquelles pourraient exclusivement porter les questions posées par le jury paraît une mesure irréalisable et dangereuse en pratique. La Commission considérant que l'usage et la tradition suffisent à cet égard, se refuse, à l'unanimité, à entrer dans cette voie.

B. — *Anonymat de la copie.* — L'anonymat de la copie, proposé par les auteurs de plusieurs projets de réforme et particulièrement par M. Mauclaire, apparaît, *a priori*, comme la forme idéale des concours. Mais, outre que cette mesure présente d'assez sérieuses difficultés pratiques, elle diminue la part de personnalité qui doit laisser son empreinte sur toute épreuve ; en effet, la façon, bonne ou mauvaise, de lire une « copie » complète, en bien ou en mal, la manière, bonne ou mauvaise, dont elle a été écrite et ne saurait, en conséquence être considérée comme étant sans valeur. D'autre part, l'anonymat ne pourrait porter que sur l'épreuve écrite ; l'épreuve orale ne saurait par définition même être anonyme ; dès lors, la garantie d'absolue justice que semble comporter l'anonymat cesse d'exister puisqu'elle ne s'exerce que sur une partie des épreuves du concours. La question de l'anonymat a été longuement discutée par la Commission, au sein de laquelle elle comptait de chauds partisans. A la suite de cette discussion, *l'anonymat a été repoussé à la majorité de 6 voix contre 3 et 1 abstention.*

C. — *Constitution du jury.* — Après une longue discussion sur la question de *compétence*, soulevée dans le projet de M. Mauclaire, la Commission considérant l'impossibilité de concilier ce desideratum avec les exigences et les droits légiti-

mes des trois grandes catégories du corps médical des Hôpitaux (médecins, chirurgiens, accoucheurs), admettant d'autre part la compétence égale de chacune de ces trois catégories pour l'appréciation des épreuves écrites et reconnaissant la nécessité d'une compétence spéciale pour l'appréciation des épreuves orales, adopte un dispositif qui, en outre des garanties qu'il offre à cet égard pour les candidats, présente l'incontestable avantage d'abréger la durée du concours pour les juges.

A l'unanimité, la commission adopte la proposition de M. Souques et admet le principe *de deux jurys successifs* : *un jury d'admissibilité et un jury d'admission*, — a ec cette réserve que tout juge qui aura refusé de faire partie du jury d'admissibilité ne pourra siéger dans le jury d'admission de la même année (du même concours).

1° *Jury d'admissibilité.* — Etant donné que, d'après l'usage établi, l'épreuve écrite ne comporte jamais de question obstétricale, étant donné d'autre part que les accoucheurs eux-mêmes ont demandé à être relevés, dans une certaine mesure d'une obligation qui, vu leur nombre relativement peu élevé, leur revenait trop souvent, la Commission émet l'avis que la présence des accoucheurs dans le jury d'admissibilité n'est pas nécessaire et qu'il y a lieu de demander que ce *jury soit composé de quatre médecins et quatre chirurgiens.*

2° *Jury d'admission.* — Pour les raisons exposées plus haut (compétence), la Commission propose que ce jury soit composé de *quatre médecins, trois chirurgiens et un accoucheur.* De ces dispositions, il résulte que, pour la clarté de l'exposition, on peut considérer que le concours de l'internat se trouverait désormais divisé en deux co cours successifs (eu égard seulement à la constitution du jury) : *un concours d'admissibilité et un concours d'admission.*

II. — Concours d'admissibilité. — A. — *Composition écrite.* — A titre de disposition préliminaire, la Commission insiste sur la nécessité d'exiger que les candidats soient placés rigoureusement par ordre alphabétique dans la salle de composition et qu'il leur soit interdit *sous peine d'exclusion* de changer de place après l appel, auquel ils devront répondre de leur banc.

Durée. — La Commission émet l'avis qu'il n'y a pas lieu d'augmenter la durée du temps accordé aux candidats pour écrire leur composition et que ce temps doit rester fixé *à deux heures.* Mais, elle admet le principe d'un *temps de réflexion*, laissé aux candidats entre l'énoncé des sujets qu'ils doivent traiter et la remise du papier sur lequel ils doivent écrire. Elle fixe la durée de ce temps de réflexion à *une demi-heure*, et admet le dispositif proposé dans le projet de M. Souques. A la place de chaque candidat aura été placé, avant l'appel, un cahier de papier de couleur spéciale ou portant, sur chaque feuillet, un timbre ou un cachet spécial ; dès l'énoncé de la question, le candidat pourra faire son plan et noter ses réflexions sur ce cahier. Une demi-heure après sera distribué un second cahier, d'une couleur différente ou portant un cachet ou un timbre différent de celui du premier cahier ; sur le second cahier, *qui seul sera reconnu par le jury*, le candidat devra écrire sa copie.

Interdiction des abréviations. La Commission émet l'avis qu'il y a lieu d'interdire les abréviations, *quelles qu'elles soient, sous peine d'exclusion du concours présent.*

Nature des épreuves. — La composition écrite comprend deux questions : Une question d'anatomie et une question de *pathologie interne* ou de *pathologie externe.*

B. — *Lecture des Copies.* — *Surveillance.* — La Commission admet qu'il y a intérêt à cesser de faire surveiller le candidat qui « lit » par celui qui « doit lire » après lui. Elle propose que cette surveillance, *qui doit être effective*, soit confiée directement au jury et que chaque candidat ait un juge pour « gendarme ». (A cet effet, les juges pourront surveiller à tour de rôle). Elle demande, pour tout candidat qui aura été *convaincu de fraude, l'exclusion définitive de tous les concours de l'Assistance publique.*

Pour éviter toute équivoque fâcheuse sur l'interprétation des notes très basses, attribuées quelquefois, elle demande que la note 0 soit seule réservée aux copies des candidats passibles de cette exclusion, et que les notes 1, 2, 3, etc..., n'impliquent désormais aucune autre idée que celle de l'insuffisance notoire de l'épreuve.

Division du jury en deux sections. — Pour entendre la lecture des copies, le jury d'admissibilité se divisera en deux sections (tirées au sort), comprenant chacune deux médecins et deux chirurgiens.

A la majorité de 7 voix contre 2, la Commission adopte la proposition de M. Souques, relative à la lecture des deux copies de chaque candidat dans la même séance, les deux sections fonctionnant simultanément dans des locaux séparés et voisins.

III. — Concours d'admission. — *Nature des épreuves.* — A l'unanimité, la Commission adopte la proposition de M. Souques, *supprimant la question d'anatomie à l'oral* et demandant que l'épreuve orale comporte *une question de pathologie externe* ou d'*obstétrique* et *une question de pathologie interne.*

Cette décision est basée sur les considérations suivantes : 1° L'anatomie est largement représentée par l'importance intangible et de premier ordre qu'elle conserve dans l'épreuve écrite dont elle reste la base essentielle et constante, et où elle jouit d'un coefficient spécial (voir *Notation des épreuves*). 2° La pathologie interne (ou de même la pathologie externe) peut, dans les conditions actuellement en vigueur, n'être pas représentée dans les questions sorties de l'urne à l'écrit et à l'oral pour plusieurs groupes de candidats. Si la question écrite a porté sur la pathologie externe, *tous* les candidats auront fait une épreuve de pathologie externe ; mais, à l'oral, il ne s'agit plus d'une question commune à tous les candidats ; quelques-uns tireront encore une question de pathologie externe le jour où il passeront, si bien qu'ils n'auront subi *aucune* épreuve de pathologie interne, alors qu'ils auront subi deux épreuves de pathologie externe ou inversement. Grâce à la réforme proposée, l'anatomie, la pathologie interne et la pathologie externe seront nécessairement représ ntées dans les épreuves subies par chaque candidat.

Division du jury en deux sections. — Le jury se divisera en deux sections : l'une composée de *quatre médecins*, entendra l'épreuve de pathologie interne ; l'autre, composée de *trois chirurgiens et de l'accoucheur*, entendra l'épreuve de pathologie externe ou obstétrique. Ces deux sections fonctionneront simultanément d'après le même dispositif que celui adopté pour la lecture des copies.

Durée des épreuves. — Le candidat aura quinze minutes pour préparer ses deux questions et quinze minutes pour les exposer, soit sept minutes et demi pour chacune. Il passera d'une salle dans l'autre, sans autre interruption que le temps nécessaire pour ce déplacement.

IV. — Notation des épreuves. — La Commission émet l'avis qu'il y a intérêt à élever le maximum et à le porter à 20 points pour toutes les épreuves (c'est-à-dire pour les quatre épreuves). En outre, dans le but de laisser à l'anatomie toute son importance et pour contrebalancer l'effet de la suppression de l'anatomie à l'oral, elle accorde un coefficient spécial à l'épreuve écrite d'anatomie; et fixe ce coefficient à 1 1/2.

Société scientifique d'hygiène alimentaire et de l'alimentation rationnelle de l'homme. — Le *Journal officiel* du 29 juillet promulgue une loi en date du 27 dudit mois portant reconnaissance d'utilité publique de cette Société.

Socialisation de la médecine. — Le conseil de la ville de Zurich, s'il faut en croire l'*Humanité* du 1er août s'est mis en tête d'imposer la santé à tous ses mandants. Pour cela, il a commencé par leur appliquer un impôt supplémentaire de 4 fr. 35. La somme constituée ainsi permettra de créer quarante postes de médecins qui soigneront gratuitement. C'est là une garantie contre l'indifférance, la négligence et l'avarice des gens qui voudraient traiter les maladies par le mépris. Chez nous, il a été longtemps question d'instituer dans les communes éloignées des centres, des postes de médecins municipaux. Car les médecins, craignant de ne pas gagner leur vie dans les agglomérations peu nombreuses, s'entassent dans les villes. D'un côté, on constate une pléthore, et de l'autre une pénurie. La loi de 1902 sur la santé publique, simple essai de législation qu'il faudra compléter bientôt, n'a pu envisager cet état de choses.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Cession de clientèle médicale.

Nous empruntons au *Temps* du 28 juillet 1904 les renseignements suivants au sujet d'une question fort intéressante et longtemps controversée :

La jurisprudence est arrivée, peu à peu, à se fixer d'une façon assez précise sur la question si souvent discutée de savoir si la cession d'une clientèle médicale peut faire l'objet d'une convention licite.

En principe, la cession de clientèle est déclarée nulle, lorsqu'elle est pure et simple, et qu'à défaut de détermination d'autres avantages, elle paraît n'avoir pour objet que la confiance et la fidélité qui rattachent les malades au médecin, c'est-à-dire des sentiments qui sont hors du commerce.

Mais la cession de clientèle, même ainsi qualifiée dans l'acte, est reconnue valable, lorsqu'elle porte en même temps sur d'autres objets ou avantages, dont le cessionnaire peut réellement tirer profit, comme si, par exemple, la convention opère vente du mobilier personnel et professionnel, des instruments et livres de médecine, et si le cédant s'engage à présenter son successeur à la clientèle, par démarches personnelles ou par circulaires, à lui céder le bail de son appartement et à ne pas s'établir à nouveau dans un rayon déterminé, pour éviter de lui faire concurrence.

La cession de ces divers éléments donne à la cession de la clientèle un caractère pratique, qui la rend licite.

Mais la question vient de se poser sous une forme nouvelle et particulièrement intéressante.

Il s'agissait de savoir si la cession de clientèle, qui est faite dans des termes qui la rendraient valable si elle était réalisée par le médecin en exercice, est également valable lorsqu'elle est faite, non point par le médecin lui-même, mais par sa veuve ou ses héritiers.

Le procès était intenté au docteur R... par la veuve et l'enfant du docteur L..., décédé à Houdan (Seine-et-Oise), où il exerçait sa profession. Mme veuve L... avait cédé au docteur R... la clientèle de son défunt mari, sous la forme régulière de cession de location, vente de meubles, livres et instruments de médecine, droit de se dire seule le successeur du médecin décédé, et engagement de présenter le nouveau docteur à la clientèle, avec toute la publicité d'usage. Après signature du contrat, le docteur R... s'était refusé à l'exécuter, parce qu'il avait trouvé l'occasion meilleure d'aller s'établir dans une petite ville de Bretagne, et, en réponse à la demande de dommages-intérêts que Mme veuve L... avait introduite contre lui pour inexécution des conventions, il excipait de la nullité du contrat de cession de clientèle qu'il avait passé avec elle.

Faisant droit à ce moyen de défense, le tribunal civil de Saint-Brieuc avait declaré nulle la cession dont il s'agit, par cette considération que les principaux éléments d'une cession de clientèle, tels que recommandations et présentations du nouveau médecin, ne paraissaient susceptibles d'être utilement réalisés que par le cédant lui-même.

Mais la Cour d'appel de Rennes a réformé cette décision, et validant la convention litigieuse, elle a alloué à Mme veuve L.... les dommages-intérêts qu'elle réclamait. Son arrêt porte que la cession de clientèle, qui comprend vente de mobilier, cession de location, engagement de présenter le successeur à la clientèle, etc., opère transmission de biens et avantages négociables, et que ces divers éléments, qui faisaient partie du patrimoine du médecin défunt, peuvent être valablement cédés par la veuve et les héritiers qui succèdent à ce patrimoine.

Me Louis Rachou, du barreau de Paris, plaidait pour Mme veuve L... et son enfant.

Le choléra en Perse. — La *Revue Transcaspienne* annonce que le choléra a perdu à Théran son caractère menaçant. La mortalité est tombée de 1.500 à 300 personnes par jour. Il ne s'est produit de panique qus parmi les indigènes qui se sont réfugiés dans les environs à cause de l'augmentation énorme du prix des subsistances.

VARIA

Fondation Rothschild.

Le *Journal officiel* du 29 juillet publie un décret reconnaissant comme établissement d'utilité publique la fondation Rothschild pour l'amélioration des conditions de l'existence matérielle des travailleurs.

Le Président de la République française, sur le rapport du ministre du commerce et de l'industrie, des postes et des télégraphes, vu la lettre de MM Alphonse, Gustave et Edmond de Rothschild en date du 27 juin 1904, relative à la « fondation de Rothschild pour l'amélioration des conditions de l'existence matérielle des travailleurs » ; vu les statuts de ladite fondation ; vu la lettre du baron Alphonse de Rohtschild en date du 26 juillet 1904. Le Conseil d'Etat entendu,

Décrète : — Art. 1er. — La « fondation Rothschild pour l'amélioration des conditions de l'existence matérielle des travailleurs » dont le siège est à Paris, 21, rue Laffite, est reconnue comme établissement d'utilité publique. Sont approuvés les statuts de ladite fondation, tels qu'ils sont contenus dans l'exemplaire annexé au présent décret.

Art. 2. — La « fondation Rothschild pour l'amélioration des conditions de l'existence matérielle des travailleurs » sera tenue de transmettre chaque année au ministre du commerce, de l'industrie, des postes et des télégraphes un état présentant sa situation financière au 31 décembre précédent.

Art. 3. — Le Ministre du commerce, de l'industrie, des postes et des télégraphes, est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois* et publié au *Journal officiel* de la République française. — Fait à Paris, le 27 juillet 1904. — Emile Loubet.

Voici le premier article des statuts :

Art. 1er. — La fondation Rothschild pour l'amélioration des conditions de l'existence matérielle des travailleurs a pour objet l'étude et la réalisation, en dehors de toutes tendances politiques ou religieuses, des moyens propres à améliorer les conditions de l'existence matérielle des travailleurs en France, et plus particulièrement à Paris. Elle a son siège à Paris, 21, rue Laffitte.

Voici la composition du Comité de direction :

MM. les barons : Alphonse de Rothschild, président ; Gustave et Edmond de Rothschild, vice-présidents ; Edouard de Rothschild, Robert de Rothschild, James de Rothschild ; MM. Emile Cheysson, Gaston Griolet, Georges Picot, Jules Siegfried.

Le bureau de renseignements de l'Université de Paris.

Le bureau de renseignements qui a été ouvert au mois d'octobre dernier, à la Sorbonne (galeries des Sciences), par les soins de la Ville de Paris, et sous l'autorité directe de M. le vice-recteur, est destiné à centraliser et à tenir constamment à jour toutes les indications relatives aux cours, conférences, laboratoires, écoles, musées, bibliothèques, sociétés savantes, hôpitaux, dispensaires, établissements municipaux et services publics, etc., sur lequels un Français ou un étranger, visitant Paris et voulant s'initier aux ressources scientifiques et littéraires que présente la capitale, peut désirer un renseignement pratique et immédiat, de quelque ordre que ce soit. Pendant le mois de juillet dernier, une moyenne de trente personnes par jour a visité le bureau des renseignements ; le total s'élève à 748 visites. (*L'Aurore* du 1er août 1904.) Ce bureau de renseignements fonctionne sous la direction de M. le Dr R. Blondel, son organisateur, notre distingué confrère.

FORMULES

IV. Cristalline succédané du collodion.

Fulmicoton	5 gr.
Alcool méthylique pur	50 gr.
Acétate d'amyle pur	75 gr.
Huile de ricin	q. s.

(D'après E. Thibault).

La cristalline se dessèche lentement, forme une pellicule translucide et non cassante.

(*Revue des médicaments nouveaux.*) Crinon.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 17 juillet au samedi 23 juillet 1904, les naissances ont été au nombre de 1027, se décomposant ainsi : légitimes 775, illégitimes 252.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 1.150, savoir : 566 hommes et 584 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 6. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 1. — Rougeole : 19 — Scarlatine : 3. — Coqueluche : 9. — Diphtérie et Croup : 0. — Grippe : 0 — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 1. — Autres maladies épidémiques : 4. — Tuberculose des poumons : 182. — Tuberculose des méninges : 17. — Autres tuberculoses : 19 — Cancer et autres tumeurs malignes : 68. — Méningite simple : 28. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 75. — Maladies organiques du cœur : 51. — Bronchite aiguë : 2. — Bronchite chronique : 16. — Pneumonie : 27. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 62. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 2. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 20 ; autre alimentation : 175. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 41. — Hernies, obstruction intestinale : 6. — Cirrhose du foie : 11. — Néphrite et mal de Bright : 21. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 11. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 4. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : 28. — Débilité sénile : 29. — Morts violentes : 41. — Suicides : 9. — Autres maladies : 169 — Maladies inconnues ou mal définies : 10.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 58, qui se décomposent ainsi : légitimes 41, illégitimes 17.

Nomination d'Agrégés. — Un arrêté institue agrégés (section des sciences anatomiques, physiologiques et naturelles) près les facultés de médecine ci après désignées, les docteurs en médecine dont les noms suivent :

Université de Paris : M. Brenes (anatomie) ; Bordeaux, M. Gautrelet (physiologie) ; *Lyon*, MM. Ancel (anatomie), Neveu-Lemaire (histoire naturelle) ; *Montpellier*, M. Grynfeltt (anatomie) ; *Nancy*, M. Weber (anatomie) ; Toulouse, M. Dieulafé (anatomie). Les agrégés institués par le présent arrêté entreront en exercice le 1er novembre pour une durée de neuf ans.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Fabre, agrégé des facultés de médecine, chargé du cours de clinique obstétricale à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Lyon, est nommé professeur de clinique obstétricale à ladite faculté.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Parisot, agrégé des facultés de médecine, chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies des vieillards à la faculté de médecine de l'université de Nancy, est nommé professeur de médecine légale à ladite faculté.

Faculté des sciences de Bordeaux. — M. Pérez, docteur ès sciences, chargé d'un cours de zoologie à la faculté des sciences de l'université de Bordeaux, est nommé professeur de zoologie et physiologie animale à la dite faculté.

Annulation d'un concours. — Le ministre de l'instruction publique vient d'annuler, pour vice de forme, les opérations du concours ouvert le 13 mai dernier, en ce qui concerne la place d'agrégé de physiologie réservée à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, et la place d'agrégé de physiologie réservée à la faculté de médecine de Nancy.

Ecole de Médecine de Tours. — Un arrêté ouvre, à la date du 31 janvier prochain, un concours devant la faculté de médecine de Paris pour l'emploi de suppléant des chaires de physiologie et d'anatomie à l'école préparatoire de médecine de Tours.

La Société scientifique d'hygiène alimentaire et de l'alimentation rationnelle de l'homme est reconnue d'utilité publique.

Ecole préparatoire de médecine de Poitiers. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts en date du 28 juillet 1904, un concours s'ouvrira le 30 janvier 1905 devant la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Faculté des sciences de Montpellier. — Par décret en date du 26 juillet 1904. M. Duboscq, docteur ès sciences, maître de conférences de zoologie à la faculté des sciences de l'université de Caen, est nommé professeur de zoologie et anatomie comparée à la faculté des sciences de l'université de Montpellier.

Faculté des sciences de Clermont. — M. Chavastelon, docteur ès sciences, chargé d'un cours de chimie à la faculté des sciences de l'université de Clermont, est nommé professeur de chimie à ladite faculté.

Corps de santé colonial. — Sont affectés : *En Indo-Chine* : le médecin-major de 1re classe Haueur et le médecin-major de 2e classe Abbatucci. — *A la Martinique* : le médecin-major de 2e classe Sarrat. — *En France*, au 8e d'infanterie coloniale, le médecin major de 1re classe Castagné ; au 7e d'infanterie coloniale, M. Devaux, du 21e régim. d'infant. coloniale ; au 6e d'infanterie coloniale, le médecin major de 2e classe Cordier ; au 1er d'artillerie coloniale, le médecin major de 2e classe Tanvet ; au 4e d'infanterie coloniale, le médecin major de 2e classe de Lavigne Sainte-Suzanne ; au 8e d'infanterie coloniale, le médecin major de 2e classe Michalet : au 2e d'artillerie coloniale, le médecin major Mias ; au 24e d'infanterie coloniale, le médecin-major de 2e classe Fargier.

Un exemple a suivre. — Le rapport du comité d'hygiène publique vient de paraître. C'est un gros Livre bleu de 130 pages fort intéressant et rempli de détails précieux sur la condition physique du peuple anglais. Le rapport préconise la création d'un comité permanent sur le modèle du comité consultatif d'hygiène publique de France, demande des mensurations fréquentes dans les écoles et ateliers, des lois municipales sur la surpopulation de certains quartiers, la surveillance médicale des ateliers, fabriques usines, etc., l'enseignement de l'hygiène pratique, l'affichage des dangers de l'alcoolisme, la surveillance sanitaire des objets de consommation, etc., etc. Tous les hygiénistes et spécialistes d'Angleterre ont contribué à l'établissement de ce rapport soit comme membres du comité, soit comme témoins.

Voilà un exemple qui mériterait d'être suivi en France, où aucun rapport d'ensemble n'est publié pouvant renseigner sur l'hygiène publique et l'état sanitaire.

Chronique des hôpitaux de Paris.

Concours de l'externat. — L'ouverture du concours aura lieu le lundi 17 octobre 1904, à quatre heures précises dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49. Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le jeudi 1er septembre jusqu'au vendredi 30 du même mois inclusivement.

Hospice de Bicêtre. — M. Bourneville. Visite et représentation de malades le samedi à 9 heures et demie très précise.

Clinique chirurgicale de l'hôtel-dieu. — Pendant la période des vacances, M. Mauclaire, agrégé, fera un cours de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu. Il commencera ce cours le mardi 26 juillet 1904, à 9 h. 1/2, et le continuera les vendredis et mardis suivants à la même heure.

Clinique ophtalmologique de Hôtel-Dieu. — MM. les Drs Scrini et Poulard, chefs de clinique, et M. le Dr Monthus, chef de laboratoire, commenceront, le 1er septembre 1904, à 2 heures, à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, un *cours de révision* avec conférences, examens cliniques, recherches de laboratoire et exercices de médecine opératoire. Le cours aura lieu tous les jours et durera environ trois semaines. Le droit à verser est de 50 francs.

Hospice de Bicêtre. — M. A. Léri, chef du laboratoire, commencera un cours de clinique et d'anatomie pathologique des maladies du système nerveux le 12 septembre, à 2 heures, et le continuera trois fois par semaine.

Programme du cours : Séméiologie générale du système nerveux. Modes d'examen. Exposé symptomatique des différentes affections des centres nerveux (cerveau et mœlle) et des dystrophies (acromégalie, achondroplasie, myxœdème, etc.) avec présentation de malades. Examen ophtalmoscopique. Cyto-Diagnostic. Electro-Diagnostic. Exercices de Radioscopie clinique. Notions d'électrothérapie, de radiothérapie et de psychotérapie. Démonstrations d'Anatomie pathologique. Technique histologique du système nerveux. Les principales méthodes de coloration. Présentation de pièces et de coupes microscopiques. Le cours comprendra 20 leçons. Chaque leçon durera 2 heures. Les inscriptions sont reçues dès maintenant à Bicêtre, le lundi de 2 à 4 heures, ou par correspondance, le droit est de 80 francs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie G. STEINHEIL,
2, rue Casimir-Delavigne.

Berger (Paul) et Banzet (S.). — Chirurgie orthopédique. 1 vol. In-8° de 624 pages. Prix........................ 20 fr.

Bresset et Venot. — Les œuvres d'assistance de la caisse des écoles du VIIe arrondissement. In-8° de 36 pages.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE
19, rue Hautefeuille

Blatin (Marc). — Le soignage médical et les infirmières. 1 vol. In-12 de 276 pages.

Librairie Octave DOIN
8, place de l'Odéon.

Budin (Pierre). — Manuel pratique d'allaitement. — Hygiène du nourrisson. 1 vol. In-8° de 238 pages. Prix........... 5 fr.

Vigouroux (A.) et Juquelier (P.). — La contagion mentale. 1 vol. in-18 de 300 pages. Prix....................... 4 fr.

L'ÉDITION MÉDICALE
29, rue de Seine.

Barnay. — Comment on se défend de la vieillesse. In-8° de 62 pages. Prix.................................... 1 fr.

Librairie H. PAULIN et Cie
21, rue Hautefeuille.

Martial (René). — Notions d'hygiène féminine populaire. — L'adolescente. 1 vol. In-12 de 196 pages. Prix.......... 2 fr.

Librairie FELIX ALCAN
108, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

Sommaire de la *Revue philosophique*, n° d'août 1904 (29e annee.) — Parodi. Morale et sociologie. — Dr G. Dumas. Le sourire : étude psychophysiologique (2e et dernier article). — P. Landormy. La logique du discours musical. — Dr Hartenberg. Les émotions de bourse : notes de psychologie collective. — H. Piéron. Les méthodes de la psychologie zoologique. — Analyses et comptes rendus. — Revue des périodiques étrangers. Correspondance. — Livres nouveaux. Abonnement, du 1er janvier : Un an, Paris, 30 fr. ; départements et étranger, 33 fr. La livraison : 3 fr.

Delfosse (Clément). — Névromes plexiformes ou névromes racémeux. In-8° de 142 pages. Librairie Vve A. Masson. Lille. 1904.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

3e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XX. N° 33. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 13 AOUT 1904

Le Progrès Médical

NEUROLOGIE

De l'hémiplégie oculaire ;

Par M. le Pr **BRISSAUD** et M. le Dr **PÉCHIN**.

Le terme de *déviation conjuguée de la tête et des yeux*, admis à juste titre dans la nomenclature nosologique, consacre d'une façon un peu trop exclusive l'individualité d'un syndrome clinique. On cherche naturellement à rattacher ce syndrome à une localisation fixe. Or, les faits anatomo-pathologiques ne sont ni constants ni concordants ; et d'autre part le syndrome de la déviation conjuguée est loin de toujours se présenter identique à lui-même. La formule clinique est variable. Tantôt les yeux seuls sont déviés, tantôt il s'y joint une déviation de la tête ; et cette déviation céphalique peut être de même sens que la déviation oculaire, ou de sens opposé ; elle peut même exister seule. La pluralité des centres corticaux *sensorio* et *sensitivo*-moteurs, admise par certains auteurs, n'a fait qu'étendre le champ de l'observation anatomo-pathologique sans apporter une conception nette de la pathogénie du syndrome.

Des recherches récentes nous devons retenir que dans l'hémiplégie organique la puissance musculaire *absolue* de chacun des muscles oculaires est diminuée des deux côtés, mais surtout du côté hémiplégique (Mirallié et Desclaux) et que la rotation de la tête peut être le fait d'une anesthésie sensorielle unilatérale. C'est la thèse récemment soutenue avec beaucoup de talent par M. Bard (de Genève) D'autre part, on connaît l'ingénieuse théorie de M. Grasset, qui explique le syndrome par une lésion d'un *lévo* ou *dextro* gyre de la tête et des yeux. Mais la notion clinique sur laquelle nous voulons insister est la suivante : il n'y a pas à proprement parler déviation oculaire, mais hémiophtalmoplégie ; il y a *hémiplégie oculaire*, comme il y a hémiplégie de tous les muscles d'un même côté du corps, et la paralysie porte sur les deux yeux parce qu'il y a hémiparalysie oculaire comme il peut y avoir hémianopsie, le centre moteur comme le centre sensoriel ayant une action simultanée, parallèle et symétrique sur les deux globes oculaires.

En somme, si nous proposons le mot d'*hémiplégie oculaire*, c'est seulement dans le but de définir par ce seul mot un symptôme qui a vraisemblablement, avec la déviation conjuguée, certains rapports d'origine, mais qui en diffère très notablement au point de vue séméiologique. Dans nos cas (car nous pourrions déjà en citer beaucoup), la déviation n'est nullement spasmodique.

L'œil regarde à droite ou à gauche, selon le côté hémiplégié, parce qu'ainsi fixé sa situation correspond au moindre effort. Les yeux ne sont plus en équilibre dans la position dite primaire et la déviation exprime une sorte de détente due à la paralysie. La course angulaire que l'œil peut accomplir s'arrête, *grosso modo*, au méridien sagittal ; il ne peut le dépasser, alors il reste entre ces deux positions qui correspondent, la première à un minimum, et la seconde à un maximum d'effort. Et lorsque le malade veut regarder du côté opposé à la déviation on voit les deux globes oculaires se déplacer d'un mouvement continu ou par secousses nystagmiformes pour *s'arrêter* au niveau du méridien sagittal. Ce symptôme est d'une parfaite netteté et absolument indépendant d'une déviation quelconque de la tête. Il s'agit bien d'un phénomène hémiplégique oculaire analogue à l'hémiplégie de la moitié du corps qui l'accompagne, hémiplégie caractérisée toujours par la perte de la fonction volontaire et non par la perte de la contractilité. Dans l'hémiplégie oculaire, il y a perte de la fonction qui consiste à *regarder à droite et rien qu'à droite ; ou à gauche et rien qu'à gauche*, et non pas dans les autres directions, ni en haut, ni en bas. Et ceci d'ailleurs s'accorde bien avec la fonction lévogyre et la fonction dextrogyre de Grasset.

Voici, entre autres observations, le cas tout récent que nous venons d'observer :

OBSERVATION. — Le nommé J..., âgé de 77 ans, entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le Pr Brissaud le 16 mai 1904. Deux jours avant, il avait eu un ictus avec perte complète de connaissance.

Paralysie de la moitié gauche de la face, bouche déviée à droite, impossibilité de siffler. Le côté droit de la face est tiré, contracté : le côté gauche est tendu, immobile. Le jour de l'entrée, on ne peut affirmer l'existence de l'hémiplégie, mais celle-ci est constatée à gauche le 21 mai.

La sensibilité générale est conservée. La recherche des autres modes de sensibilité ne donne pas de renseignements précis.

Pas de réflexes plantaires. Le malade baffouille, a de la peine à parler. Pas de délire. Le jour de l'entrée la température est à 37°. Elle s'élève à 39°5 le 19 mai. Pouls régulier 120. Quelques faux pas ; 50 respirations par minute. *Les yeux sont déviés à droite ; ils peuvent être ramenés du côté gauche jusqu'à la ligne médiane qu'ils ne peuvent pas dépasser*. Les yeux paraissent également ouverts. Le malade a paru une fois remarquer une lumière placée dans le champ visuel droit et ne pas l'apercevoir dans le champ visuel gauche. L'épreuve a été renouvelée sans résultat permettant d'affirmer l'hémianopsie. La tête est un peu inclinée à droite, mais *sans effort, sans douleur*, elle peut être ramenée à gauche où elle se maintient. Pas d'inégalité pupillaire. Le réflexe lumineux existe. La réaction à l'accommodation est incertaine.

Le 21 mai, escharre fessière La température s'élève à 41. Mort.

Sa fille nous a appris que trois fois déjà son père était tombé en perdant connaissance.

Ainsi se trouve précisé et individualisé ce symptôme d'hémiplégie oculaire, non associé à d'autres paralysies oculaires ou à la rotation de la tête dans un sens quelconque, et caractérisé surtout par la possibilité qu'ont les globes oculaires de se mouvoir depuis l'extrême limite de la déviation jusqu'à la ligne médiane (méridien sagittal), le malade pouvant parfaitement regarder dans le champ visuel formé par la ligne qui limite la déviation extrême et l'axe visuel dans le regard en face, mais étant absolument incapable de franchir cette limite. Là, les yeux sont arrêtés, impuissants à remplir leur fonction volontaire, à regarder à droite ou à gauche, parce qu'ils sont *hémiplégiés*.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

A propos de l'enseignement pratique des infirmières diplômées.

Dans le cours d'un chapitre sur les diplômes et les concours dont nous ne saurions qu'approuver les idées, M. le Dr Toulouse, victime, à n'en pas douter, de renseignements erronés, a fait allusion à l'enseignement des infirmières. Nous n'aurions pas songé à relever ces quelques lignes, si le *Bulletin professionnel de l'Infirmière*, dans un but que nous ne pouvons saisir, n'avait reproduit ce passage. Voici, du reste, la note parue dans ce *Bulletin* :

Le Dr Toulouse, dans son récent livre sur les conflits intersexuels et sociaux, apprécie de la sorte (p. 154) les examens qu'on fait subir aux infirmières :

« Le défaut des épreuves théoriques est tellement répandu qu'il s'observe dans les milieux où les fonctions toutes pratiques devraient par cela même échapper à cette tendance vicieuse. On demande, par exemple, à une gardienne d'hôpital, qui postule au concours du diplôme d'infirmière, des connaissances d'anatomie, de physiologie, d'hygiène et de pharmacie qui ne peuvent le plus souvent être que des acquisitions purement verbales, et l'on oblige des candidates à peu près illettrées à composer par écrit. Par contre, on ne leur demande pas à prouver qu'elles savent faire un lit, donner un bain, préparer certains médicaments d'urgence, administrer des remèdes. »

Nous avons lu le livre de M. Toulouse, et il nous est permis de regretter que notre confrère qui aime, croyons-nous, à se documenter, ait commis une aussi singulière erreur. Cette erreur est d'autant plus regrettable qu'elle aide à jeter le discrédit sur une institution qui a rendu de grands services, services appréciés par tous ceux qui, sans passion, ont bien voulu les constater. Fonctionnant depuis 27 ans, cette œuvre a fait ses preuves et elle mériterait d'être mieux connue de ceux qui se piquent d'être à l'avant-garde du progrès social.

Il ne nous est pas difficile de démontrer combien M. le Dr Toulouse a été mal renseigné. On demande aux infirmières, avant de leur donner leur diplôme, à prouver qu'elles savent faire un lit, puisque c'est un des exercices pratiques inévitables de l'examen de fin d'année qu'elles passent pour obtenir le diplôme.

On enseigne pratiquement aux infirmières l'hydrothérapie puisque, dans une attaque, aussi malintentionnée qu'injuste, parue dans la *Revue des Deux Mondes*, du 15 janvier 1904, une ancienne élève libre de l'Ecole de la Pitié se plaint de la rude épreuve à laquelle on a soumis sa pudeur chatouilleuse en l'appelant à prendre part à une de ces leçons pratiques, dans le service des Enfants de Bicêtre. Les examens pratiques qui terminent les études des élèves infirmières comprennent : la reconnaissance d'instruments de chirurgie et de médicaments d'usage courant dans les services hospitaliers, avec explications sur leur application et leurs dangers, la lecture de la température d'un thermomètre médical, avec notation sur une feuille de température des hôpitaux, le montage et le démontage d'un appareil tel que le thermocautère ou l'appareil Potain avec explications sur le nettoyage de ces instruments délicats, la confection d'un lit de malade, le garnissage d'une gouttière, l'application d'un bandage sur le mannequin et l'emmaillottement d'un nouveau-né (mannequin).

Tout cela est-ce de la théorie ou de la pratique ? L'enseignement pratique se fait régulièrement et chaque jour dans les écoles municipales d'infirmières et est dirigé par des surveillantes instruites. Voici comment l'apprécie l'anonyme de la *Revue des Deux Mondes*, que l'on n'accusera pas de tendresse pour nos écoles : « Les médicaments désignés, écrit-elle, nous sont présentés successivement avec une explication claire à la portée de toutes, sur leurs propriétés et leurs modes d'emploi. Les mots difficiles sont inscrits au tableau noir. Manifestement, cet enseignement est bon et doit porter fruit » (1).

M. Toulouse, plus amplement informé, n'hésitera pas à reconnaître qu'il s'est trompé, ou plutôt a été trompé, quand il a écrit qu'on ne demande pas aux infirmières pour les diplômer « à prouver qu'elles savent faire un lit, donner un bain, préparer certains médicaments d'urgence, administrer des remèdes. »

La note de M. Toulouse peut s'expliquer par le fait d'une excusable erreur de renseignement. Ce que nous avons plus de peine à comprendre c'est que le *Bulletin professionnel de l'Infirmière* ait reproduit ce passage sans en relever l'inexactitude. Ses rédacteurs doivent cependant connaître suffisamment les éco-

(1) *Rev. des Deux Mondes*, 15 janv. 1904, p. 413.

les municipales d'Infirmières. Auraient-ils par hasard voulu légitimer cette maxime de La Bruyère :

« Le contraire des bruits qui courent des affaires ou des personnes est souvent la vérité. » J. Noir.

Consultation pour les enfants nerveux et arriérés.

M. le Dr Dupont, médecin-inspecteur des écoles et fondateur du dispensaire Th. Roussel, a adjoint à ce dispensaire une consultation, faite pour les enfants nerveux et arriérés par le Dr Manheimer-Gomès, le jeudi, de 8 à 9 h. du soir.

C'est là une création utile, qui vient s'ajouter à la consultation de M. Jules Voisin à la Salpêtrière et à celle de M. Bourneville à Bicêtre (jeudi à 9 h. 1/2). Cette dernière qui existe depuis 25 ans, est une véritable *consultation médico-pédagogique*. Les mères de famille sont mises au courant, dans la mesure du possible, des exercices de gymnastique, du massage, des leçons de toilette, d'habillement, des exercices de la parole, pour la *correction des vices de prononciation*. (Exercices des lèvres, de la langue, des joues, de la respiration ; — exercices de la parole par la projection des mots, etc.)

On les fait assister, à une séance de douches afin que la mère puisse donner des explications à son doucheur de la ville et que l'enfant, auquel finalement il est administré une douche, soit par imitation, entraîné à se laisser faire sans difficulté. Chaque fois que les enfants sont ramenés à la consultation ou sur rendez-vous spécial, la leçon est refaite à la mère et à l'enfant. Cette démonstration du traitement médico-pédagogique réussit dans la mesure de l'intelligence et du zèle apportés par la mère. Mais le traitement médico-pédagogique exige un temps si long que, la plupart du temps, les familles des enfants que nous voyons ne peuvent, occupées par d'autres soins, l'appliquer elles-mêmes. Mieux vaut le placement dans les *asiles-écoles* pour *les plus malades*, les *classes spéciales* pour *les moins malades*. Il ne faut pas oublier aussi que, pour ces enfants, l'éducation collective est de beaucoup préférable. Toutefois on ne peut qu'applaudir aux efforts faits pour rendre service à de malheureux enfants, appeler sur leur assistance, leur traitement et leur éducation, l'attention du public.

Dr Freemann.

Voyages d'études médicales aux stations hydrominérales et climatériques de France.

Le 6e voyage d'études médicales aura lieu du 3 au 15 septembre 1904. Il comprendra les stations du Centre et de l'Auvergne : Néris, Evaux, La Bourboule, Le Mont-Dore, Saint-Nectaire, Royat, Châtel-Guyon, Vichy, Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy, Saint-Honoré, Pougues, les Sanatoriums de Lamotte-Beuvron et de Durtol, les Stations climatériques de Vic-sur-Cère et du Lioran. Le V. E. M. de 1904, comme les cinq précédents, est placé sous la direction scientifique du Pr Landouzy. Réduction de moitié prix sur tous les chemins de fer pour se rendre de son lieu de résidence, au point de concentration, Lamotte-Beuvron. Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français. Même réduction est accordée, à la fin de la tournée, au point de dislocation. Pougues, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ. De Lamotte-Beuvron à Pougues, prix à forfait : 250 francs, pour tous les frais : chemins de fer, voitures, hôtels, nourriture, transports de bagages, pourboire.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser au Docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris (VIIIe arrondissement). Les inscriptions sont reçues *jusqu'au* 15 *août* 1904, terme de rigueur.

CONGRÈS FRANÇAIS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Quatorzième session tenue à Pau du 1er au 7 août 1904.

Pau, mardi 2 *août* 1904.

Dès le matin, les Congressistes sont au travail dans la belle salle du Palais d'Hiver. Et c'est la discussion du rapport du Dr Deny sur les *Démences vésaniques* qui se poursuit avec un bel acharnement. Au seul nombre des orateurs inscrits, on devine l'intérêt de la question débattue et l'espèce de bravoure qu'il a fallu au rapporteur pour attaquer de front les théories régnantes. MM. Doutrebente (de Blois), Vallon (de Paris), protestent avec énergie contre l'importance donnée à la démence précoce ; c'est un nouveau dogme qui a déjà tous les défauts de celui de la dégénérescence mentale, qu'il attaque. MM. Colin, Pactet (de Villejuif) sont bien partisans d'une démence précoce, mais veulent qu'elle soit toujours incurable et n'apparaisse jamais après 30 ans. MM. Dide (de Rennes) Masselon (de Pau) admettent, au contraire, la doctrine de Kræpelin intégralement : le premier insiste sur les signes physiques de la démence précoce, si utiles pour un prompt diagnostic ; le second a voulu démêler les limites psychologiques de cette affection. Mais avec M. Paul Garnier (de Paris), dont le secrétaire général lit la déclaration, nous retrouvons toutes les protestations des classiques et des irréductibles : la démence précoce ne serait plus qu'une sorte d'idiotie retardante.

La discussion est close. Le rapporteur a la parole pour répondre aux objections : M. Deny s'élève d'abord avec force contre les accusations peu scientifiques qui lui ont été adressées en prétendant qu'il a voulu détruire, au profit des doctrines allemandes, toute l'œuvre de la grande école psychiatrique française. Puis, finement, spirituellement, avec une grande bonne humeur aimable, le rapporteur passe en revue toutes les objections étiologiques, anatomo-pathologiques sur l'évolution de la démence précoce ; il maintient énergiquement les conclusions de son rapport sur l'origine accidentelle de la démence précoce, tout en reconnaissant que ce sont surtout des faits cliniques qu'il a observés, et bien observés, mais que leur interprétation reste encore hypothétique.

A la séance de l'après-midi, le Président Brissaud tente de répondre à la demande d'un congressiste qui avait souhaité voir sanctionner d'un vote définitif l'opinion du Congrès sur la démence précoce : une telle sanction est impossible et serait peu scientifique ; mais ceux qui ont suivi l'exposé du rapporteur et la discussion qui a suivi ont certainement gardé, en dehors de leur opinion antérieure, l'intérêt des observations d'autrui, et le professeur Brissaud expose les faits qui lui paraissent définitivement acquis.

La parole est donnée à M. le Dr Sano (d'Anvers), rapporteur de la seconde question sur *les localisations des fonctions motrices dans la moelle* : rapport consciencieux, où sont exposés avec précision tous les faits expérimentaux et cliniques apportés par les différents auteurs et par le rapporteur lui-même. C'est là une question qui passionne vivement tous les neurologistes : MM. Brissaud, Parhon (de Bucarest), Grasset (de Montpellier), viennent tour à tour montrer l'intérêt des localisations médullaires et les conséquences qui en découleront; tous souhaitent le schéma clair et précis qui viendra éclairer les divers types de troubles périphériques à distribution segmentaire, radiculaire, ou à localisation musculaire individuelle.

Le soir, un grand banquet réunissait près de cent congressistes, dont un assez grand nombre étaient accompagnés de leurs dames et d'autres membres de leurs familles.

M. le professeur Brissaud, M. l'inspecteur Drouineau, représentant du ministre de l'Intérieur, M. le Dr Crocq (de Bruxelles), délégué officiel du gouvernement belge, M. Régis (de Bordeaux), tour à tour portent des toasts applaudis.

Pierre Roy.

RAPPORTS ET COMMUNICATIONS

La localisation des fonctions motrices de la moelle épinière ;

Par M. Sano (d'Anvers).

M. Sano, rapporteur, rappelle que les localisations motrices dans le système nerveux ont été étudiées en France par Vulpian et Hayem, pour la moelle épinière. Depuis, les progrès de technique ont donné les meilleurs résultats.

Avant 1890, diverses méthodes ont précédé la méthode de Nissl, telles la méthode de l'anatomie normale et de la dissection (Féré, Herringham), celles de l'anatomie comparée (Kaiser), de la physiologie (Ferrier et Yeo, Paul Bert, Marcacci), la méthode anatomo-clinique (David et Prévost, Hayem et Gilbert). Mais la méthode expérimentale, seule, donne des résultats certains.

M. le professeur Nissl (d'Heidelberg), qui a réglementé cette méthode, cherche à produire une lésion périphérique dans un nerf, dans un muscle, et recherche, après une quinzaine de jours, dans les cellules des cornes antérieures de la moelle épinière, la « réaction à distance » qui peut s'y être produite : il décèle cette réaction par la coloration au bleu de méthylène, dite coloration de Nissl. Cette méthode est « spécifique » pour la recherche des localisations : enlever un muscle et trouver dans la moelle un groupe de cellules nerveuses en réaction à distance, c'est prouver la relation fonctionnelle qui unit ce groupement cellulaire à l'innervation du muscle.

Des erreurs personnelles que chacun peut commettre ne doivent pas entacher la valeur de la méthode ni faire croire qu'il existe des contradictions irréductibles entre les résultats obtenus par les divers expérimentateurs. Rien que le simple numérotage des racines médullaires peut être une cause d'erreur, étant donné que le nombre des racines peut varier de 30 à 37 suivant l'espèce animale et, en particulier, chez les divers animaux de laboratoire (30 chez le cobaye, 34 chez le lapin, 37 chez le chien, etc.). Des erreurs nombreuses ont été commises, résultant soit de simples fautes d'impression, de reproduction défectueuse des figures, soit de ce que les auteurs de ces recherches délicates aient, comme plusieurs l'ont reconnu, péché par inattention.

Les *recherches expérimentales*, faites dans ces dernières années avec l'aide de la méthode de Nissl sont nombreuses. Dans une première période, les auteurs se sont contentés des sections *nerveuses*. Marinesco a aussi démontré que chaque nerf rachidien possède en général, dans la corne antérieure de la moelle épinière, un noyau principal et des noyaux accessoires ; le noyau principal constitue une masse bien circonscrite, excepté pour le médian et le cubital, qui ont un noyau principal commun ; chaque nerf spinal tire ses origines de plusieurs segments médullaires, deux, trois, et même davantage ; le noyau médian a des fonctions motrices étroitement liées à l'innervation des territoires dépendant des rameaux postérieurs des nerfs rachidiens, des muscles du dos en particulier. Knape prétend qu'il n'existe pas, dans la moelle, de noyaux nettement circonscrits, d'où les nerfs des membres tireraient leur origine, mais différents groupes à fonctions différentes, la flexion serait localisée aux noyaux latéraux, l'extension aux noyaux centraux.

Dans une seconde période, on a enlevé les *muscles* et les résultats furent plus précis ; on découvrit à chaque muscle dans la moelle un noyau d'innervation déterminé (Parhon, Goldstein, Sano, Popesco, Mme Parhon). Van Gehuchten et de Neef amputèrent des *segments de membres*, et découvrirent des localisations nettes dans la moelle, résultats concordant avec les recherches de Brissaud, sur la métamérie spinale. L'étude des rapports topographiques de ces noyaux entre eux dans la moelle fut faite. Ces multiples découvertes ne se contredisent pas, mais se complètent, au contraire.

La différenciation profonde du système musculaire trouve son image dans la différenciation des noyaux médullaires ; à chaque muscle répond un noyau, à chaque groupement fonctionnel musculaire répond un groupement de noyaux, au segment d'un membre correspond, dans la moelle, une zone qui comprend les noyaux fonctionnels précédents. Le renflement cervical, par exemple, comprend trois zones d'innervation *segmentaires* répondant aux trois segments du membre supérieur, bras, avant-bras et main ; chacune de ces zones est subdivisible en groupements nucléaires *fonctionnels* répondant les uns à l'extension, les autres à la flexion ; dans chacun de ces groupements, on peut, enfin, reconnaître l'existence de noyaux *musculaires* individuels, répondant chacun à un muscle isolé et même, pour chacun des muscles complexes, comme le sterno-cléido-mastoïdien, le quadriceps fémoral, etc., on peut trouver dans la moelle des noyaux répondant à chacun des grands faisceaux du muscle.

Il est remarquable de voir que la disposition des noyaux dans la moelle reproduit la topographie des muscles dans les membres ; c'est ainsi que le noyau du deltoïde entoure le noyau du biceps dans sa partie supérieure, comme le muscle deltoïde lui-même enveloppe la partie supérieure du muscle biceps ; de même, le noyau des adducteurs se trouve en dedans et en arrière du noyau du quadriceps fémoral, comme les muscles adducteurs se trouvent eux-mêmes en dehors et en arrière du muscle quadriceps.

Les *recherches anatomo-cliniques* ont démontré que, chez l'homme, comme chez tous les autres vertébrés, ce plan général trouve son application. Mais il faut accepter avec réserves les découvertes anatomo-cliniques : elles ne doivent être admises qu'à la condition qu'elles concordent avec les données expérimentales. Il faut, en effet, tenir compte, dans l'anatomie pathologique de la moelle humaine, des affections qui ont nécessité l'intervention opératoire, l'amputation d'un membre, par exemple, ainsi que des affections ou infections associées diverses, intercurrentes ou terminales.

De plus, les lésions anciennes qui se sont compliquées d'atrophie ou de sclérose médullaire, et les lésions destructives de la substance médullaire (tumeurs, syringomyélies, etc.), ne peuvent servir de documents pour établir la théorie des localisations : ces lésions ont, en effet, suffi à elles seules à produire un bouleversement de la topographie médullaire et à empêcher de faire la part exacte et à délimiter la situation des altérations secondaires aux lésions périphériques. Ces cas servent, cependant, à démontrer la valeur pratique de la théorie des localisations pour l'interprétation des symptômes morbides. En somme, les cas favorables sont peu nombreux, et parmi eux un petit nombre seulement ont été étudiés, par la méthode de Nissl, dans le but spécial de rechercher les localisations des fonctions motrices dans la moelle ; aussi n'est-il pas possible encore de donner avec certitude, chez l'homme, la fonction de chacun des noyaux.

Ce que l'on sait, c'est que les noyaux cellulaires sont infiniment plus nombreux que ceux que l'on décrivait autrefois, c'est-à-dire les quatre groupes antéro et postéro-internes et postéro externes décrits par Waldeyer, et que chaque noyau, loin d'être constitué par une colonne de cellules ininterrompue et verticale, est constitué par une masse de forme et de situation essentiellement variables, suivant les niveaux : aussi ces groupements cellulaires ne peuvent-ils être soigneusement étudiés que sur des coupes sériées, ce qui nécessite une modification à la méthode préconisée par Nissl, l'inclusion préalable des fragments de moelle.

Telle est l'idée qu'une comparaison impartiale des différentes théories soigneusement exposées permet de se faire. Chacune est appuyée sur des faits positifs, mais aucune opposition essentielle n'existe entre elles et il est facile de les coordonner.

M. Grasset (Montpellier) remarque aussi que la question des localisations motrices chez l'homme n'est pas totalement explorée et que les théories sont souvent trop exclusives. Trois types de localisation médullaire sont bien établis : 1° le type *à distribution segmentaire* (Brissaud, Van Gehuchten, etc.), dans lequel les troubles périphériques resultant de la lésion médullaire occupent des zones limitées par des lignes perpendiculaire à l'axe des membres ; 2° le type *à distribution radiculaire* (Déjerine) où les troubles occupent des zones limitées par des lignes parallèles à l'axe des membres ; 3° le type *à distribution individuelle musculaire* (Sano). Il n'en résulte pas l'existence de centres contradictoires, mais bien superposés. C'est l'application à la moelle

d'une loi générale dont on trouve des exemples dans les centres bulbaires et mésocéphaliques : le nerf moteur oculaire commun, par exemple, est l'analogue d'une racine motrice antérieure de la moelle, et a trois groupes de centres dont la lésion produit trois types de troubles périphériques. Le noyau, ou origine réelle du nerf, représente le *centre radiculaire.*

Les noyaux qui fragmentent la colonne principale du IIIe ventricule représentent les *centres individuels musculaires*, et enfin, les centres supérieurs, supra-nucléaires (Parinaud) dont la lésion produit des paralysies associées, bilatérales, lévogyres ou dextrogyres des deux yeux, frappant du même coup le droit interne du côté gauche et le droit externe du côté droit. Ces centres sont analogues aux *centres segmentaires* de la moelle. Ainsi le nerf de la troisième paire a trois ordres de centres superposés. De même, dans la moelle, la distribution des troubles périphériques des lésions médullaires a ses centres supra-nucléaires.

M. Parhon (Bucarest) se déclare partisan des idées de M. Sano et insiste sur la technique indispensable pour bien interpréter ces faits délicats.

M. Brissaud, tout en trouvant le schéma de M. Grasset ingénieux et clair, pense que dans la comparaison des centres médullaires avec les différents centres du nerf moteur oculaire commun, on pourrait supprimer la chiasmatisation qui le complique un peu.

M. Gilbert-Ballet lit, au nom de M. Laignel-Lavastine, une communication sur les expériences entreprises pour la localisation médullaire du grand sympathique.

Des mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels;

Par le Dr P. Keraval,
Médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard.

Ce rapport se compose de deux parties. C'est un travail dans lequel tous les mots portent.

La première partie est consacrée à l'étude historique de la question. Il s'agit non d'une sèche énumération des principaux documents, mais d'une étude analytique des opinions des auteurs et des raisons sur lesquelles chacun d'eux fonde sa manière de voir. Le procédé d'exhibition des archives examinées trace en même temps l'évolution des idées; la forme de l'exposition montre l'origine ainsi que la modalité des décisions adoptées à l'étranger.

Dans la seconde partie l'auteur traite des problèmes a résoudre. On ne peut lire aucun mémoire de ce genre sans se heurter à la préoccupation invincible et simultanée des aliénés criminels, des criminels aliénés, des aliénés dangereux, difficiles, vicieux, dépravés.

I. *L'aliéné criminel* est pour tout le monde un aliéné qui a commis un crime ou un délit sous l'influence de son état mental et qui, pour ce motif, a été reconnu irresponsable.

II. *Le criminel aliéné* est par contre, un aliéné qui, devenu aliéné après son crime reste, par suite, avant tout un criminel.

III. *L'aliéné dangereux, difficile, vicieux, dépravé*, est un aliéné dont l'état mental fait courir aux aliénés avec lesquels il est en contact dans l'établissement, des risques, paraît-il, redoutables. A chacune de ces espèces on tendrait, à l'extrême, à appliquer des dispositions judiciaires et des dispositions médico-administratives exceptionnelles.

I. On voudrait notamment que l'*aliéné criminel* demeurât entre les mains de l'autorité judiciaire pendant toute sa vie. Séquestré *de plano* par elle, il devrait être maintenu tant que le médecin n'aurait pas délivré à fin de sa sortie un certificat de guérison complété par la formule « *non suspect de rechute* ».

L'administration préfectorale deviendrait alors une sorte d'administration pénitentiaire, elle n'aurait plus qu'une fonction purement exécutive. Aussi songe-t-on à créer pour l'aliéné criminel *un ou plusieurs asiles régionaux spéciaux, dits asiles d'aliénés criminels*, soumis à un régime particulier, sous la dépendance exclusive de l'Etat.

M. Keraval fait toucher du doigt les inconvénients de ce système, à l'aide des mémoires mêmes des auteurs et du texte des arguments les plus intransigeants.

Tous les aliénés criminels ne sont pas dangereux, il s'en faut de beaucoup. La question se réduit donc à l'examen de chaque cas particulier par le médecin traitant. Placez si vous voulez les aliénés criminels sous la domination de l'autorité judiciaire mais en adoptant le correctif de F. Dubief et Alombert-Goget, c'est-à-dire l'intervention, pour le placement, la maintenue, et la sortie, du président du tribunal civil jugeant en chambre de Conseil.

Quant à créer pour eux un asile spécial, dit des aliénés criminels, ce serait inutile et inhumain. Toutefois, comme aux termes d'une délibération de la Chambre des députés, nous avons à notre disposition Gaillon, comme aussi, il semble que l'étendue et la gravité des dangers en rapport avec l'internement de ces aliénés dans les asiles ordinaires varient selon les départements, on pourrait, en conservant la loi de 1838, se servir, à titre d'expérience, de Gaillon, et y étudier pratiquement la valeur des craintes formulées par certains auteurs et par un nombre sérieux de chefs de service actuellement en fonctions

M. Keraval a eu l'excellente idée de demander au docteur Raoul Leroy, le médecin en chef de Gaillon, un mémoire sur l'état présent de Gaillon et sur son utilisation éventuelle. Il a fait aussi une enquête dans les asiles français.

II. Le *criminel aliéné* existe-t-il réellement ? Le criminel aliéné n'était-il pas déjà aliéné au moment où il a été condamné ? Les travaux de Colin, Pactet, Taty, P. Garnier, Monod, montrent qu'on a condamné à tort bien des gens qui s'ils eussent été soumis à un examen médico-légal, eussent été reconnus aliénés, et, par suite, n'auraient pas été condamnés.

Afin d'éviter des erreurs, il serait grand temps d'appliquer la réforme Cruppi sur l'instruction et l'expertise obligatoire et contradictoire. Par cette pratique, on criblerait pour ainsi dire les criminels aliénés ; on en déterminerait exactement le *quantum.* Il va de soi qu'en dehors de la question de la nature de la criminalité en général, question réservée, un criminel, sain d'esprit au moment où il a commis l'acte qui lui est reproché, puisse, comme n'importe qui, plus tard, devenir aliéné, et qu'en ce cas sa qualité de criminel dominerait sa qualité d'aliéné. Il semble y avoir accord unanime pour laisser le criminel aliéné à la disposition du pouvoir judiciaire et pour l'interner, comme cela se fait, à Gaillon, mais jusqu'à sa guérison ou sa déchéance intellectuelle. Gaillon se composerait, dans ces conditions, de deux parties : 1° une partie consacrée, comme maintenant, aux criminels aliénés ; 2° une section spéciale recevant à titre d'études les aliénés criminels particulièrement difficiles.

III. Il nous reste maintenant à examiner le sort des aliénés qui, *dans les asiles où ils sont internés*, présentent pour les autres malades un danger à cause de leur attitude ou de leur caractère, aliénés désignés sous les noms *d'aliénés dangereux, difficiles, vicieux, dépravés.* Ceux-là n'ont pas encore eu maille à partir avec la justice. Au cas même où, dans l'asile, ils se seraient rendus coupables d'attentats quelconques, leur qualité d'aliénés ne les fait pas rentrer dans la catégorie des aliénés criminels qui, au dehors, avant leur internement, ont exécuté crimes et délits. Et cependant il est une certaine école qui prétend les signaler à l'autorité judiciaire afin de les cataloguer comme tels et de les faire bénéficier désormais de la surveillance judiciaire ; il est une autre école qui, ralliée ou non à la première, voudrait qu'on les reléguât à l'asile des aliénés criminels.

M. Kéraval est opposé à ces deux mesures. Les aliénés internés, qu'ils soient dangereux ou non, sont des aliénés tout court. Le mal vient surtout d'un défaut d'organisation des asiles publics. Ils sont encombrés et manquent souvent de quartiers propres à l'individualisation du traitement des modalités morbides ; les malades y sont trop les uns sur les autres. Il faudrait les désencombrer et pouvoir traiter chacun des caractères pathologiques pour ainsi dire un à un. A quoi bon expulser dans un asile dit de désinfection, lieu de douleur et d'incurabilité, selon l'expression de Marandon de Montyel, ces malheureux. Ce qu'il faut principale-

ment. c'est réformer l'outillage des asiles d'aliénés. En attendant, dans les cas urgents, en pourrait, sur rapport spécial du médecin, envoyer à Gaillon quelques types particulièrement dangereux. Mais le petit asile à proximité du grand, demandé par H. Colin pour certaines catégories (aliénés vicieux) est préférable. Ce qui serait encore meilleur, ce serait d'installer dans un asile désencombré, mais dilaté, ne contenant pas plus de cinq cents malades, la disposition d'Alt-Scherbitz, de Novo Snamensky, de la maison de santé de l'empereur Alexandre III. En tout cas, la justice n'a rien à voir en cette affaire.

Mais allons plus loin. N'existerait-il pas des *moyens prophylactiques* capables d'enrayer la criminalité des aliénés ? M. Kéraval fait remarquer que si les aliénés étaient plus surveillés au dehors. si on avait soin de les séquestrer dès le début de leur affection mentale, on les empêcherait dans l'immense majorité des cas de devenir criminels ou délictueux. Et il passe en revue toute une série de procédés efficaces. Pour prévenir les crimes des aliénés à l'intérieur des asiles, il suffit de transformer les locaux et d'organiser une surveillance plus radicale. en un mot d'organiser différemment l'assistance et le traitement des malades dans les hôpitaux d'aliénés, de perfectionner. Voici au surplus les CONCLUSIONS du rapport.

I. Il faut en première ligne *prévenir les crimes et délits* des aliénés *avant leur internement.*

Pour cela, il convient de prendre toutes les précautions nécessaires à la SÉQUESTRATION RAPIDE DES ALIÉNÉS. On usera des *moyens de propagande* utiles pour dissiper dans le public les préjugés qui éloignent les malades de nos asiles, et pour mettre en garde contre les dangers auxquels exposent les aliénés en liberté, en insistant sur les avantages d'un traitement rapide. On simplifiera les *formalités de l'admission* : le dégrèvement des communes, les admissions provisoires et les placements volontaires gratuits constituent d'excellentes mesures. On pourrait, au besoin, mettre les familles et les médecins dans l'obligation de déclarer à l'autorité, avec certificats à l'appui, les aliénés traités momentanément à domicile ; l'autorité avertie surveillerait les malades.

II Il est parfaitement possible de *prévenir les crimes et délits des aliénés sortis des asiles* par guérison ou par amélioration.

Contre la *sortie prématurée*, on possède l'open-door, la colonisation familiale, les sorties sous garanties.

La *surveillance de l'aliéné en liberté* se peut continuer par l'intermédiaire des Sociétés de patronage.

La *réintégration rapide* en cas de *rechute* est assurée et par cette surveillance et par les procédés qui viennent d'être énumérés plus haut.

III. *Dispositions judiciaires.* — Personnellement, nous n'avons jamais vu de dispositions légales de cette sorte.

a. Nous n'osons cependant point aller à l'encontre de l'intervention du tribunal civil si demandée pour les *aliénés criminels* depuis leur crime ou délit jusqu'après leur sortie. Cette intervention n'est, au demeurant, que la généralisation de l'article 29 de la loi de 1838 (projet Dubief. projet Alombert-Coget, projet M. Olivier, projet Vallon) : elle a pour base des expertises médico-légales.

b. En ce qui concerne le *criminel aliéné*, la réforme de l'expertise appliquée à tout accusé ou inculpé en précisera la qualité (projet Cruppi, projet Dubief, projet Alombert Coget). Le criminel aliéné étant alors un criminel par-dessus tout. qu'il reste sous la surveillance de l'autorité judiciaire, conformément au projet Dubief, aux propositions Henri Colin, et Alombert-Coget. La sortie de ce genre de malades demeure. conformément à l'article 29 de la loi de 1838 à la disposition du tribunal civil.

c. Les aliénés dangereux, vicieux, dépravés de nos asiles ne méritent, à notre avis, aucune intervention de la magistrature. Le médecin traitant n'a, s'il le juge convenable, quand ils demandent leur sortie, qu'à appliquer l'article 29 de la loi de 1838. Pourquoi mettre ces aliénés dans la même situation que les aliénés qui ont commis des crimes ou des délits au dehors, alors que, par le désencombrement des asiles, on a le moyen de s'en tenir à sa fonction purement médicale ?

IV. *Dispositions médico-administratives.* — *a.* Ne faisons pas d'asile spécial pour les *aliénés criminels* ; leur envoi dans cet asile infligerait aux malades et à leurs familles un déshonneur immérité. Ils sont si peu nombreux et si peu dangereux que tout le monde réclame la *sélection préalable*.

Seulement, comme à raison de la désaffectation votée par la Chambre des députés (1901), Gaillon se trouve à notre disposition, il est loisible à certains médecins d'expérimenter cet établissement pour quelques-uns de leurs aliénés criminels particulièrement difficiles. Il y a des situations locales à envisager. Mais point n'est besoin de se lancer systématiquement dans les procédés d'ordre pénitentiaire.

b. Si après la réforme de l'expertise, il est démontré qu'il existe des *criminels aliénés*, Gaillon est tout indiqué. C'est à cet asile qu'il appartient de recevoir les criminels-aliénés. Propositions Dubief, Alombert Coget, Bourneville, Ch. Vallon. Gaillon pourrait aussi servir à l'examen des *inculpés en observation*.

c. Etant donné les imperfections de pas mal d'asiles départementaux, un devoir étroit s'impose. C'est la reforme complète de ceux de ces établissements, encombrés, mal distribués qui ressemblent plutôt à des prisons qu'à des hôpitaux d'aliénés. Ne faites donc pas, avant d'avoir pratiqué cette réforme, d'asiles pour les *aliénés dangereux, vicieux, dépravés de nos asiles, d'asile de sûreté pour les déchets amoraux* Si, quand vous aurez amélioré les asiles existants, et par là empêché les conflits, crimes, attentats à l'intérieur, par là aussi modifié les sujets difficiles, vous vous trouvez cependant en présence d'individus réfractaires (cela peut arriver en certains endroits), vous aurez alors le droit d'envoyer ces individus malfaisants à Gaillon, administrativement, sans autre recours, conformément aux conclusions d'un rapport administratif. Restez médecins.

A Armentières, nous n'avons jamais eu besoin non plus d'aucune de ces dispositions médico-administratives.

Quelques réflexions sur l'étiologie de la paralysie générale dans le département de l'Orne, (Alençon) :

Par M. COULONJOU.

L'auteur a constaté que, dans l'Asile de l'Orne, le nombre des paralytiques généraux était très inférieur à la normale des autres asiles. La moyenne n'a jamais dépassé 2 % depuis plus de 15 ans, au lieu de 15, 20 et 30 % ailleurs. Il a, de plus, acquis la certitude que la syphilis faisait autant de victimes dans l'Orne que dans les autres départements ; et l'on sait que l'alcoolisme y fait des ravages énormes. Il est donc naturel de supposer que syphilis et alcool ne sont pas des facteurs suffisants. Il pense que cette constatation vient confirmer l'hypothèse que la P. G. est une affection provoquée par l'usure cérébrale, et qu'elle s'installe de préférence chez les intellectuels à cerveau surmené. En effet, si, dans l'Orne, l'amour et la bouteille sont très cultivés, il n'en est pas de même de l'organe pensant : le pays est fort en retard, au point de vue du développement intellectuel, ainsi qu'on peut en juger par le peu d'écho qu'y rencontrent les idées larges et les maximes libérales. Il conclut par la nécessité d'admettre, dans bien des cas, le seul surmenage intellectuel comme cause de P. G., à titre de facteur d'usure cérébrale, plus ou moins rapide, selon le pouvoir de résistance individuel.

Un cas de maladie de Raynaud, chez une jeune fille hystérique et tuberculeuse ; examen anatomo-pathologique :

Par M. COULONJOU.

Observation d'une jeune fille de 17 ans, enfant assistée, entrée à l'asile pour troubles mentaux (mutisme, sitiophobie, actes nuisibles et impulsifs). On constate à l'entrée : gangrène symétrique des orteils, des deux pieds, affectant les phalangettes des trois derniers orteils. Les os sont dénudés et noirs, les tendons ramollis, les parties molles nécrosées (présentation du squelette du pied). En outre, signes de tuberculose pulmonaire à la 2e période.

Maigreur extrême, sitiophobie, ptyalisme, abcès de diverses régions (aisselle, parotide). Thérapeutique reconstituante, gavages, lavements alimentaires ; fièvre vespérale, traitée avec succès par des lavements de quinine. La parole et l'appétit reviennent, la gangrène s'arrête les plaies bourgeonnent. Mais les abcès des régions ganglionnaires se multiplient, et la mort survient par cachexie septicémique. — A l'autopsie : tuberculose pulmonaire, cavernules des deux sommets ; rien ailleurs ; un fragment de nerf sciatique et de nerf poplité externe, une portion d'artères fémorale et tibiale postérieure sont inclus et coupés : ils sont absolument normaux. Réflexions : En l'absence de lésions de névrite ou d'artérite, et si l'on fait abstraction de lésions médullaires, peu probables dans ce cas, il semble qu'on doive continuer à considérer la maladie de Raynaud, soit comme la conséquence de troubles trophiques dans une névrose, soit d'une intoxication des autres trophiques par les produits microbiens.

De quelques considérations sur les psychoses puerpérales ;

Par Lucien Picqué.

Bien des obscurités existent encore dans la question des psychoses puerpérales. Si l'on veut spécialement aboutir à des résultats précis au point de vue de la pathogénie, il faut renoncer à grouper ensemble toutes les variétés de psychoses puerpérales comme les auteurs ont tendance à le faire conformément à la conception de Monneret sur la période puerpérale.

Si donc on envisage à part les psychoses post-partum, on est amené à constater qu'il existe dans ce groupe la même confusion que dans les psychoses post-opératoires.

Lorsqu'on en a distrait les délires tenant à des infections médicales concomitantes et les délires par intoxications, on se trouve en présence de deux variétés de délire post-partum vrai, le délire fébrile et le délire apyrétique qui doit encore faire l'objet d'une étude spéciale.

Marcé, jadis, dans une étude classique n'avait pas reconnu sa véritable nature car il pensait que le délire lui-même était susceptible de provoquer de la température.

Aujourd'hui sa nature infectieuse est parfaitement établie depuis les travaux de Clarke. L'anatomie pathologique et la symptomatologie le démontrent surabondamment.

Elle répond à une septicémie puerpérale délirante comme les psychoses post-opératoire fébriles répondent à une septicémie chirurgicale à forme délirante. Dans les deux l'etat infectieux grave constitue en réalité la vraie maladie. Le délire n'est qu'un élément secondaire et surajouté qui ne peut se produire d'ailleurs que grâce à une prédisposition délirante (dégénérescence mentale).

Le point de départ de l'infection est naturellement l'utérus. Depuis longtemps M. Picqué avait organisé avec son regretté collègue Fèvre l'examen systématique des organes génitaux de la femme à l'asile de Ville-Evrard. A Moscou à la clinique de psychiatrie, une sage-femme est chargée de ce soin. Il est regrettable que cette pratique soit si peu généralisée en France. Dans une thèse récente soutenue en province et basée sur 10 cas de psychoses puerpérales avec accidents infectieux aucun examen utérin n'a été pratiqué. Et cependant les statistiques prouvent la gravité exceptionnelle de cette forme, statistique de Garcia Rijo, 7 morts sur 8 et de Lallier, 19 cas de morts sur 38.

Les statistiques heureuses sont donc basées sur des séries exceptionnelles. Par l'intervention, M. Picqué a obtenu 4 guérisons sur 4. L'utérus n'est pas toujours le siège exclusif (voir thèse de Privat), de l'infection : il existe parfois des foyers secondaires, articulation tibio-tarsienne (Picqué) rein, (Evrot), oreille, (Idanol), méninge, (Picqué).

L'étude des psychoses puerpérales fébriles est en résumé intéressante au point de vue thérapeutique et social.

Les malades qui en sont atteints ne sont pas des aliénées : Sans vouloir trancher la question de savoir s'il convient d'ouvrir des services spéciaux de délirantes dans les hôpitaux, ou de créer des services d'observation dans les asiles, il est incontestable que ces malades ne doivent venir à l'asile que si elles peuvent comme dans les asiles de la Seine trouver des ressources chirurgicales. L'expérience du pavillon de chirurgie prouve qu'elles peuvent guérir à la fois de l'infection et du délire qui l'accompagne.

Délire de possession par les reptiles, délire de grossesse et entéro-colite muco-membraneuse ;

Par Mirallié.

M. Ch. Mirallié (de Nantes) publie : 1° Une observation de délire de grossesse, suivie de délire de zoopathie interne, associée à l'entéro-colite muco-membraneuse, chez une mère de famille de 53 ans ; chaque période d'amélioration de l'entéro-colite amenait une atténuation des idées délirantes ; 2° Deux observations de délire de grossesse chez des malades présentant de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Rapprochant ses observations de celle de Bechterew (délire de possession par les reptiles), de Dupré et L. Léri (délire de zoopathie interne), M. Mirallié insiste sur l'importance de l'entéro-colite muco-membrane use comme point de départ du délire de possession. Les sensations subjectives exactes perçues sont interprétées d'une façon délirante et absurde par une prédiposée. Les mêmes sensations peuvent donner lieu au délire de grossesse. Enfin il existe une relation étiologique intime entre ces deux délires qui peuvent avoir la même origine et même se succéder l'un l'autre. Bien entendu ces délires de possession et de grossesse n'apparaissent que chez des prédisposées. D'autre part, il est probable que d'autres affections abdominales utérines, ovariques, etc., pourraient, chez des prédisposées, donner lieu aux mêmes délires.

Les formes fébriles du tabès ;

Par M. Maurice Faure (de Lamalou).

Il y a des accidents fébriles aux cours du tabès et des formes fébriles du tabès. — I. Les accidents fébriles du tabès sont en relations avec l'infection des cavités, principalement de la vessie, quelquefois aussi de l'intestin ou de l'arbre broncho-pulmonaire. Ces accidents, assez fréquents, le sont surtout dans les cas de tabès avancé, chez les malades dont les parois abdominales et thoraciques, dont les tuniques musculaires, vésicales, intestinales, bronchiques, ont perdu leur tonicité et leur coordination. La cause de l'infection est la stase qui résulte de cette atonie musculaire. Ces accidents ne sont pas toujours localisés aux périodes avancées du tabès, ils accompagnent quelquefois les débuts mêmes de la maladie, et le sujet est précocement atteint dans les régions sus-indiquées. En ce cas, les causes de l'incident fébrile passent généralement inaperçues.

L'accident fébrile est fortuit, sans cause apparente ; quelquefois accompagné de hautes températures (40-41°) ; — plus souvent, il reste à des températures moins élevées (39°). Il peut être très court (quelques heures) ; — il peut aussi affecter une allure fébrile sub-continue, durant plusieurs jours. Les soins, généralement longs et minutieux de la région atonique et infectée, font disparaître la fièvre. Ces soins sont de deux ordres : 1° désinfection de la cavité ; 2° rétablissement de la tonicité des parois.

II. Il existe des formes fébriles du tabès, rares et d'allures variées, mais qu'on peut ramener à deux types schématiques.

1° Dans le premier type, les poussées d'accidents tabétiques sont nettement accompagnées de fièvre, et, dans l'intervalle de ces poussées, la température tend à se rapprocher de la normale. Les ascensions thermiques sont de 38 à 39°, souvent journalières, ou à peu près. L'allure générale de la maladie est alors celle d'une maladie infectieuse sub-aiguë ou chronique. La courbe thermique est irrégulière, interminable pour ainsi dire, et à courtes oscillations. L'évolution est souvent grave. Le malade peut mourir, en deux années environ, d'une sorte de tabès aigu ; mais parfois

aussi, après quelques mois, les accidents s'atténuent, la fièvre disparaît, et le malade devient en tous points semblable à un tabétique ordinaire ? Il n'est pas excessivement rare de rencontrer des tabétiques dans un état stationnaire et apyrétique. qui ont eu, au début de leur tabès, cette période aiguë et fébrile.

2° La seconde forme febrile du tabès est plus difficile à déceler. Il n'y a plus d'accès fébrile véritable, mais la température du malade est toujours de quelques dixièmes de degré (37 à 38°) au-dessus de la normale. Au moindre effort, cette température s'élève de quelques dixièmes encore, de sorte que le sujet est incapable du plus petit travail, et présente un état d'asthénie physique et morale, lié précisément à la fièvre, et qui le fait souvent qualifier de neurasthénique. L'évolution du tabès est ici encore nettement liée à l'évolution fébrile, c'est-à-dire que l'état général et les accidents tabétiques du malade s'améliorent lorsque la température descend.

Alors que les tabétiques ordinaires se trouvent bien de l'exercice et du travail modérés, et demandent à continuer une vie se rapprochant de la normale, et peuvent le faire, les tabétiques fébriles doivent être soumis, provisoirement au repos absolu, loin de leurs affaires et loin des villes, à l'aération continue, à une alimentation spéciale, à l'hydrothérapie tempérée comme, d'ailleurs, la plupart des infectés chroniques. Nous ne savons point actuellement à quoi sont dues ces formes fébriles du tabès, très distinctes, comme on le voit, des infections secondaires, compliquant l'évolution d'un tabès ordinaire. Nous ne savons s'il s'agit de l'évolution fébrile de la lésion tabétique elle-même, ou bien si, plus probablement, la lésion tabétique et les accidents qu'elle entraîne sont, comme la fièvre elle-même, des conséquences parallèles d'un état général infectieux dont il faudra préciser, ultérieurement, la nature et l'origine.

Démence de la puberté;

Par MM. A. Marie et Colin (de Villejuif).

Parmi les démences de l'adolescence, il semble qu'il y en ait une bien nettement reliée à la puberté, sorte d'avortement de ce dernier stade de l'évolution individuelle. Cet arrêt d'évolution éclôt sur un terrain souvent prédisposé à l'occasion d'un processus infectieux incident. Il doit être opposé aux syndromes dégénératifs curables d'une part et aux démences plus tardives ou secondaires à des altérations psychiques autres. Il est caractérisé par des anomalies regressives de la sphère sexuelle, de l'inadaptation aux fonctions reproductrices (onanisme secondaire) une suspension des actions supérieures coordinatrices et frénatrices et une stéréotypie incohérente et prématurée des réactions automatiques. Les hématopoïèses diverses sont troublées avec prédominance variable d'insuffisance de telle ou telle glande vasculaire (indications thérapeutiques possibles).

Sur les lésions localisées dans certaines démences vésaniques;

Par M. A. Marie (de Villejuif) et Marcel Viollet.

Les hallucinations observées chez les délirants chroniques sont parfois unilatérales (perçues par une seule oreille), ou bien paraissent provenir toujours d'une même direction. Si ces malades présentent plus tard des troubles moteurs ou sensitifs post-apoplectiques du même côté que celui où se produisent les hallucinations, on peut être amené à ne pas considérer ces faits successifs comme des coïncidences. Nous pensons que les hallucinations sont. dans ces cas, le produit de l'éréthisme vasculaire chez des prédisposés, éréthisme précédant et préparant les lésions circonscrites ultérieures. A l'appui de nos opinions nous apportons 5 observations tirées des auteurs et de notre pratique personnelle.

Les habitués des Asiles;

Par M. A. Marie (de Villejuif).

Les efforts des médecins aliénistes depuis un siècle ont arraché progressivement à la répression des catégories nombreuses d'individus désormais considérés comme malades et partant irresponsables : des persécutés, des persécuteurs, des dégénérés, des raisonnants, des processifs, des paralytiques, etc., diagnostiqués à temps, ont ainsi pris la route de l'Asile sans passer par le stigmate du jugement et de la condamnation consécutive. La statistique du nombre des aliénés reflète pour une part ces progrès de la science mentale, qui ne sont pas étrangers à l'augmentation progressive du contingent des Asiles. Cependant, un certain nombre d'individus encore incarcérés pourraient peut-être bénéficier de mesures les faisant passer des prisons aux Asiles si un examen psychique méthodique était pratiqué dans ces milieux.

Quoi qu'il en soit, nous voyons ainsi, au cours du siècle, les catégories importantes d'individus passés de la prison à l'Asile: A) Les uns avant jugement, lorsqu'un examen médico-légal a permis de faire un diagnostic à temps ; les autres après jugement et incarcération, la folie étant reconnue après coup ; B) une deuxième catégorie comprendrait les individus sains au moment de la condamnation, mais atteints de folie plus tard, alors que les premiers étaient des aliénés condamnés parce que méconnus par les tribunaux ; C) une troisième catégorie de cas pourrait être ajoutée aux précédentes, c'est elle de ces individus qui, placés une première fois à l'Asile, en dehors de tout démêlé avec la justice, y prennent goût, en quelque sorte, à l'Assistance, dont ils deviennent les parasites, inoffensifs parfois, mais le plus souvent corrompus au contact des délinquants classés irresponsables, de qui ils apprennent l'immunité particulière à laquelle ils peuvent prétendre désormais et dont ils peuvent ensuite abuser.

REVUE DE PÉDIATRIE

I. — Sur les formes prolongées de l'atrophie infantile d'origine gastro-intestinale ; par M. Variot.

L'auteur a présenté, à une dernière séance de la Société de Pédiatrie, trois enfants, chez lesquels on constate les caractères typiques de cette forme d'atrophie infantile. Chez l'un de ces enfants, l'atrophie est associée au rachitisme; chez les deux autres, elle existe seule et le squelette est indemne d'altérations rachitiques. M. Variot insiste sur l'importance qu'il y a, au point de vue pratique, à établir une distinction entre les atrophiques simples d'origine gastro-intestinale, et ceux qui ont des tares organiques ou héréditaires ; les premiers sont presque toujours curables, même quand ils ont du rachitisme concomitant. Ces enfants seront alimentés surtout avec du lait de bonne qualité, auquel on adjoindra du jus de viande, des œufs, de la purée de pommes de terre, des potages à la farine d'avoine, et l'on pourra recourir en outre, avec avantage, pour stimuler la nutrition, au cacodylate de soude en injections hypodermiques de 1 centigramme tous les deux jours, ou à l'arrhénal à la même dose également tous les deux jours. Il ne faut pas craindre de donner à ces petits malades des rations alimentaires assez élevées, car pendant longtemps ils n'utilisent qu'incomplètement les aliments qu'on leur fait prendre, quels qu'ils soient. Ces atrophiques sont des débiles qui se défendent mal contre les maladies infectieuses, et qui, à âge égal, succombent aux atteintes de ces maladies, la broncho-pneumonie, en particulier, dans une proportion bien supérieure à celle de la mortalité des enfants à développement normal.

II. — Thrombose cardiaque et embolie de l'aorte abdominale après une angine dipthérique maligne ; par M. Marfan.

Il s'agissait, dans ce cas, d'un enfant de 6 ans, qui fut amené à l'hôpital avec tous les symptômes et signes d'une angine diphthérique maligne, sans invasion du larynx, et qui fut traité activement par les injections du sérum anti-diphthérique. Au bout de 5 jours, l'état s'était amélioré suffisam-

ment pour donner des espérances de guérison ; cependant, l'albuminurie persistait,et il était survenu une augmentation de volume du foie,qui inspirait des réserves sur le pronostic. Le 10e jour, paralysie du voile du palais. Le 11e jour, un peu d'affaiblissement du pouls, et altération du rythme cardiaque: rythme fœtal et pause après deux révolutions du cœur. Le 13e jour, douleur brusque et violente dans le ventre, en barre, siégeant un peu au-dessus de l'ombilic ; refroidissement des extrémités, légère cyanose, pouls faible, mais encore comptable.Après avoir examiné et rejeté les hypothèses d'appendicite avec perforation et d'accidents nerveux en rapport avec la paralysie diphthérique, on se rallia, non sans quelque réserve, à l'idée d'une embolie consécutive à une thrombose cardiaque. L'enfant succomba le lendemain. A l'autopsie : thrombose cardiaque occupant la pointe du ventricule gauche, et, dans l'aorte abdominale, coagulation d'une étendue considérable, vraisemblablement formée en partie par des coagulations secondaires en arrière des caillots emboliques partis du cœur et arrêtés à la bifurcation de l'aorte.

III. — Appendicites chroniques avec symptomatologie ; par M. Aug. Broca.

Après avoir envisagé tout d'abord l'appendicite comme une maladie aiguë, l'on en est arrivé peu à peu, par une étude attentive des troubles digestifs et des phénomènes douloureux abdominaux antérieurs aux crises aiguës, à reconnaître qu'en général l'appendicite est une lésion chronique à épisodes aigus. Mais à côté des formes connues, inflammatoires, fébriles, avec accidents péritonitiques divers, il existe d'autres formes à allures inquiétantes, sans réaction péritonéale appréciable, susceptibles de faire croire à une méningite ou à une occlusion intestinale, et qui guérissent après la résection d'un appendice où l'on trouve seulement une légère folliculite hémorrhagique.

M. Broca rapporte trois cas de ce genre. Dans le 1er, il s'agissait d'une fillette de 11 ans, qui avait été passée du service de M. Variot dans celui de M. Broca, et qui présentait à son entrée un ensemble de signes en rapport avec une appendicite chronique, complètement refroidie et qu'il y aurait lieu d'opérer à bref délai. 48 heures plus tard, à la visite, on trouve l'enfant dans un état alarmant ; elle a été prise brusquement, dans la nuit, de vomissements verts, incoercibles ; avec altération des traits, facies grippé, cyanose des lèvres, refroidissement des extrémités, et semble, au premier abord, atteinte de péritonite suraiguë, cependant le pouls, quoique misérable,ne dépasse pas 70 à 80,la température est à 36°6 ; il n'y a pas de ballonnement du ventre, d'empâtement nulle part ; à peine un léger accroissement de la douleur à la pression au niveau du point de Mac Burney, sans défense musculaire. Or, pendant son séjour dans le service de M. Variot, on avait observé déjà des accidents semblables,c'est-à-dire des phénomènes méningitiques,sans fièvre, surajoutés à des signes d'appendicite chronique ; et l'on avait appris que, depuis un an environ, la petite malade avait eu, à divers intervalles, et plus fréquemment en dernier lieu,des crises de vomissements avec céphalagie frontale. Par une étude attentive des symptômes, M. Variot en était arrivé à considérer comme improbable le diagnostic de méningite, et à revenir à l'idée d'appendicite.

Il avait alors fait voir l'enfant à M. Kirmisson, qui en face des symptômes graves, crut à une méningite arrivée à sa dernière période et refusa d'opérer. Mais quelques jours plus tard un mieux sensible se manifestait, avec élévation de la température (38) et du pouls, mais avec disparition de la céphalalgie. Et c'est alors que M. Broca, concluant avec M. Variot à une appendicite, avait pris la petite malade dans son service où elle avait présenté une rechute des mêmes accidents. Cette rechute fut bien moins grave et céda bien plus rapidement que la première atteinte. L'enfant fut opérée une quinzaine de jours après ; on trouva un appendice rempli de muco-pus avec un foyer de folliculite hémorrhagique, sans adhérences ni traces aucunes de péritonite: tout rentra dans l'ordre après l'opération et la guérison fut bientôt complète.

Dans un autre cas, observé encore par M. Broca avec M. Variot, le malade, petit garçon de 8 ans, avait eu des vomissements et des douleurs abdominales vives qui avaient fait croire en ville à des coliques hépatiques, puis avait présenté, à l'hôpital, des signes d'occlusion intestinale subaiguë ; finalement, après trois semaines d'observation, on s'était arrêté à l'hypothèse d'un foyer de tuberculose épiploïque comme cause des phénomènes d'occlusion, et l'on avait décidé de faire une laparotomie exploratrice. On constata que l'épiploon et l'intestin étaient sains,mais on trouva un appendice volumineux, dur, avec quelques adhérences, et l'on fit la résection. Les vomissements cessèrent dès le lendemain de l'intervention, et l'enfant guérit vite sans aucun incident postopératoire.

Dans un 3me cas, le malade était un homme de 30 ans, qui avait été pris brusquement de douleurs abdominales intenses vers la fosse iliaque droite, avec arrêts des matières et des gaz, et vomissements,qui, alimentaires d'abord, puis bilieux, étaient devenus fécaloïdes le 3me jour ; le pouls et la température restaient normaux. Il y avait eu des crises antérieures, qui avaient été considérées d'abord comme des accès de colique hépatique. M. Broca, se basant surtout sur l'existence d'une douleur très vive au niveau du point de Mac Burney, diagnostiqua une appendicite à rechutes, sans abcès ni péritonite, et conseilla l'opium et la glace sur le ventre. Le malade commença à rendre des gaz le soir même ; bientôt après, le météorisme tombait, et le lendemain les selles reparaissaient. M. Broca, d'accord avec les confrères, MM. De Lavarenne et Audibert, qui l'avaient appelé, avait conseillé l'ablation de l'appendice ; mais elle ne fut pas acceptée, et l'observation s'arrêta là, le malade s'étant suicidé quelques mois plus tard.

M. Broca pense qu'il y a lieu de faire une certaine part à des accidents réflexes dans la symptomatologie de ces cas à allures anormales et inquiétantes, où la réaction symptomatique, contrastant d'ailleurs avec une apyrexie remarquable, présentait une intensité hors de toute proportion avec le faible degré de réaction péritonéale constaté au moment de l'opération, et il cite encore deux autres cas analogues à divers points de vue aux précédents.

IV. — Collargol en thérapeutique infantile ; par MM. Guinon et Netter.

Les auteurs font sur ce sujet une importante communication, basée sur un grand nombre de cas de diphtérie observés par eux en 1903, et dans lesquels on a employé systématiquement le collargol, soit en frictions, soit en injections intra-veineuses. Tous les petits malades recevaient dès leur entrée une première friction au collargol ; dans les cas les plus graves, le médicament était administré en injection intraveineuse, et ce mode de traitement a été suivi de guérisons dans plusieurs cas de diphterie toxique et hypertoxique. Les auteurs donnent une statistique comparative des années 1903 et 1901, d'où il ressort qu'en 1903, avec l'emploi du collargol, les résultats ont été notablement meilleurs qu'en 1901, avec les moyens de traitement habituel, sans emploi du collargol.

V. — Imperforation de l'œsophage ; par M. Villemin.

L'A. rapporte l'observation d'un enfant de trois jours, qui lui fut adressé par M. Variot avec le diagnostic d'imperforation œsophagienne. La déglutition de la moindre quantité de liquide provoquait immédiatement un accès de suffocation avec cyanose, permettant de conclure à une communication entre l'œsophage et les voies aériennes, ce qui est d'ailleurs relativement fréquent en pareil cas. La sonde était arrêtée à 12 centimètres du rebord alvéolaire. M. Villemin fit la gastrostomie, mais elle ne procura qu'une amélioration momentanée. Le lait introduit dans l'estomac était rejeté avec des gaz par l'orifice stomacal, et il en remontait également par la bouche sous forme de liquides pumeux. On essaya alors d'alimenter l'enfant avec une sonde passée dans le jéjunum par la bouche stomacale ; mais il succomba quand même 7 jours après sa naissance. M. Villemin discute la conduite à tenir dans les cas de ce genre : toute action chirurgicale par voie cervicale ou médiastine est impossible; on

a tenté quelquefois la gastrostomie ; peut-être pourrait-on penser à aller chercher le cardia pour l'aboucher à la peau ; faut-il se résoudre à s'abstenir ? Ch.-H. Petit-Vendol.

REVUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Rédacteur spécial : M. le Dr Ch. MIRALLIÉ.

I. — **Les nerfs du cœur chez les tabétiques** ; par Jean Heitz. (Thèse Paris, Steinheil, 1903.)

Poursuivant les recherches de J.-Ch. Roux sur le sympathique des tabétiques, Heitz étudie les nerfs du cœur chez les tabétiques. La première partie est consacrée à l'anatomie du plexus cardiaque (anatomie proprement dite, architecture des neurones, histologie) et à sa physiologie (nerfs moteurs, système sensitif), que complète un très important chapitre sur la sensibilité cardiaque envisagée au point de vue clinique, à l'étude des fibres vaso-motrices et trophiques du cœur ; elle se termine par une vue d'ensemble du plexus cardiaque qui résume en quelques lignes très claires ce système si complexe.

La deuxième partie commence par une étude clinique du cœur du tabétique : aortite, troubles du rythme, douleurs ; l'auteur insiste tout particulièrement sur le syndrome de Babinski et la latence des aortites tabétiques ; puis l'auteur consacre un chapitre à l'anatomie pathologique du cœur chez les tabétiques, aux lésions cardio-aortiques et du myocarde. Mais c'est surtout aux nerfs du cœur qu'il s'attache : pneumogastrique, ganglions sympathiques, cordons sympathiques, filets du plexus cardiaque. Dans la majorité des cas il existe une raréfaction des fibres à myéline du plexus cardiaque et cette raréfaction porte ordinairement à la fois sur les grosses gaines et sur les petites gaines de myéline; sur les cordons sympathiques, les grosses fibres à myéline sont ordinairement conservées. Ces lésions sont en rapport avec les lésions des racines postérieures du renflement cervical ; les lésions du pneumogastrique sont souvent assez prononcées pour se faire sentir jusque dans le plexus cardiaque. Les ganglions sympathiques cervicaux ne sont que peu et rarement altérés. Comparant les lésions aortiques et nerveuses, Heitz démontre que l'on ne peut considérer l'aortite tabétique comme un trouble trophique consécutif à la maladie du système nerveux. C'est à la lésion du plexus cardiaque et des racines postérieures, voies normales de la sensibilité cardiaque d'après F. Frank, qu'est due la latence des aortites tabétiques et l'absence de troubles réflexes. Les tabétiques qui souffrent de leur aortite, sont ceux dont l'affection médullaire est peu avancée ou dont les racines postérieures cervicales sont relativement intactes ; les crises angineuses relèvent soit d'une lésion des coronaires, soit d'une lésion nerveuse. La tachycardie accompagne les lésions du pneumogastrique, ainsi que les troubles laryngés et le ralentissement extrême de la respiration.

Cette très remarquable thèse, appuyée sur 12 observations personnelles de tabes avec autopsie, un cas de paralysie générale, un cas d'amyotrophie Charcot-Marie, et sur 14 observations cliniques, constitue un travail de première importance, tant par l'ensemble des questions traitées que par les recherches originales de l'auteur.

II. — **Genèse de l'épilepsie** ; par Mlle L. Robinovitch. (*Journ. of. Ment. pathol.*, 1re partie.)

Dans les deux premiers chapitres, l'auteur montre l'importance très grande, comme cause de l'épilepsie, de l'alcoolisme et en particulier de l'absinthisme ; les lésions cérébrales et méningées seraient identiques dans les deux cas. Dans les familles, chez les descendants, l'alcoolisme des procréateurs entraîne l'idiotie, l'imbécillité, la folie, l'hystérie, la criminalité.

L'épilepsie est aussi une conséquence fréquente de l'alcoolisme des parents. Dans une série de tableaux, divisés par années, l'auteur relate les antécédents des malades ayant présenté des attaques convulsives, admis à l'asile Sainte-Anne, depuis avril 1897 jusqu'en juin 1899, et montre l'influence énorme de l'alcoolisme dans ces cas.

III. — **La myoklonie-épileptique progressive** ; par Lundborg. (Upsala, Libr. Almquist et Wikselt. 1903.)

Dans ce travail, l'auteur rapproche de ses observations personnelles tous les cas de myoclonie publiés dans la littérature médicale. Après avoir exposé la nature et la position nosographique de la myoclonie suivant les différents auteurs, Lundborg étudie les diverses variétés de myoclonie : la myoclonie intermittente, la myoclonie continue, et les formes de passage entre ces deux types. La maladie frappe surtout les femmes. L'hérédité a une importance capitale, la maladie rentre dans le groupe des affections familiales, et l'acoolisme des parents joue un rôle manifeste. Après avoir divisé l'évolution en 3 périodes (stade épileptique-tétaniforme, stade myoclonique-épileptiforme, stade terminal cachectique) l'auteur étudie en détails chacun des symptômes observés : troubles psychiques, troubles des nerfs et des muscles (attaques, tremblements, secousses fibrillaires, démarche, parole, déglutition, troubles de la vessie et de l'intestin, hypertonie et rigidité musculaire, force musculaire, réflexes tendineux, sensibilité), troubles somatiques (cœur et appareil circulatoire, appareil urinaire, estomac) symptômes subjectifs. A côté des formes typiques, il existe des formes atypiques et complexes. Un chapitre des plus intéressants est consacré au diagnostic différentiel. Dans un parallèle intéressant, l'auteur montre les relations intimes de la myoclonie avec la myotonie de Thomsen. Bien que l'anatomie pathologique soit encore peu avancée, la myoclonie semble relever d'une altération de la zone rolandique. Peut-être y a-t-il des relations pathogéniques entre la myoclonie et l'insuffisance thyroïdienne.

Terminé par une bibliographie complète, cet ouvrage constitue la monographie la plus importante qui ait été écrite sur ce sujet encore si imparfaitement connu.

IV. — **Contribution à l'étude de la relation entre la syphilis et la maladie de Basedow** ; par Sudnik. (*Argentina medica*, 24, octobre 1903.)

A 8 cas empruntés à la littérature médicale française, dans lesquels a été établie la coïncidence de la syphilis et de la maladie de Basedow, Sudnik ajoute une observation de maladie de Basedow avec signe d'Argyll Robertson (il n'a trouvé ce signe qu'une fois sur 3 cas). Sans vouloir tirer de conclusions sur les relations de la syphilis avec la maladie de Basedow, il attire l'attention des confrères sur la coïncidence de ces deux affections.

V. — **Etude clinique sur le zona infantile** ; par Paul Fabre (de Commentry). in *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, décembre 1903.)

Sur 224 cas de zona, 63 appartiennent à des enfants (le plus jeune avait 8 mois) et sont répartis sur 55 sujets. Le zona infantile présente certaines particularités cliniques. La fièvre est assez fréquente ; assez souvent (25 fois sur 63 cas) le zona est douloureux, et entraîne de l'insomnie et même des convulsions ; sa durée est plus courte que chez l'adulte ; les récidives sont relativement fréquentes (un malade a eu 8 zonas cervicaux en 4 ans) ; assez souvent il existe des troubles digestifs (dont 2 cas d'angine), des troubles respiratoires (toux, bronchite).

VI. — **Urticaire et zona** ; par Fabre (de Commentry). (Libr. Steinheil, 1903.)

Utilisant 7 observations de zona chez des malades sujets à l'urticaire, Fabre montre les liens de parenté de ces deux entités : action des nerfs trophiques et vasomoteurs, bénignité relative ; et d'autre part les différences très nettes dans la douleur, les troubles généraux.

VII. — **Etudes sur les délires post-partum, envisagés spécialement au point de vue de la pathogénie** ; par Prival de Fortunie. (Masson, Paris 1904.)

De plus en plus, les médecins aliénistes étudient l'influence de la souffrance des organes sur le cerveau, et de plus en plus l'aliéné est appelé à profiter des progrès de la médecine

et de la chirurgie. C'est dans cet esprit, et sous l'inspiration du Dr Picqué, qu'est écrit ce travail, où l'auteur met en lumière le rôle si important de l'infection, beaucoup plus important qu'on ne l'a cru jusqu'ici. La dégénérescence mentale, la prédisposition délirante est indispensable, sans doute: mais elle est insuffisante, il faut une cause occasionnelle, et celle-ci c'est l'infection.

Privat de Fortunié distingue la septicémie délirante, maladie générale dont le délire ne constitue qu'un incident secondaire, et la folie puerpérale proprement dite, dans laquelle le délire constitue en apparence toute la maladie. Cette dernière forme accompagne les infections subaiguës ou chroniques de l'appareil génital qu'il faut systématiquement rechercher. Le traitement local, gynécologique exerce le plus, souvent une influence favorable sur le délire.

Ce très intéressant mémoire mérite d'être lu et médité ; il montre que la psychiatrie ne doit pas se cantonner dans l'étude des manifestations cérébrales morbides ; elle doit, pour être utile au malade rechercher la cause des états morbides souvent loin du cerveau lui-même, qui ne fait que réagir à sa façon sous des influences variées. Cette voie nouvelle est pleine de promesses, et il faut savoir gré à l'auteur d'avoir nettement montré le rôle si important de l'infection dans la pathogénie des délires.

VIII. — Contribution à l'étude des altérations du système nerveux dans le tétanos humain et expérimental ; par G. Padoa. (*Clinique médicale générale de Florence*, 1903.)

Après avoir exposé les résultats si divers obtenus par les auteurs, Padoa expose le résultat des examens du système nerveux central, des nerfs périphériques et des muscles chez deux tétaniques, et chez des cobayes inoculés. De tous ces faits il conclut : dans les cas mortels de tétanos, aussi bien chez l'homme qu'expérimentalement, peut manquer toute altération histologique du système nerveux, où il peut y avoir des lésions banales et insignifiantes. La plupart des altérations, par leur inconstance, par l'absence de caractères nets, n'ont rien de spécifique de l'intoxication tétanique.

IX. — Craniectomie dans les épilepsies d'origine diverse ; par J. Donath. (*Wiener klinische Wochenschrift*, 1903, n° 46.)

Donath a fait opérer 4 épileptiques : un cas d'épilepsie essentielle à type jacksonien ; un cas d'épilepsies par encéphalite chronique traumatique ; un cas d'épilepsie par encéphalomalacie ; un cas d'épilepsie par tumeur. Dans ces 4 cas on pratique une craniectomie : les 4 malades furent améliorés ; mais ils n'ont été suivis que quelques mois.

X. — Sarcome du médiastin et acromégalie ; par E. de Silvestri. (*Riforma medica*, 1903, n° 51).

Observation avec autopsie d'une malade présentant les symptômes de l'acromégalie et d'une tumeur du médiastin. Celle-ci était un sarcome provenant du thymus. Par contre, il n'y avait pas d'hypertrophie du corps pituitaire. L'auteur se demande si l'acromégalie ne peut pas être provoquée par la persistance d'action du thymus après le développement et sans la participation du corps pituitaire.

XI. — Valeur diagnostique et thérapeutique de la ponction lombaire de Quincke ; par J. Donath. (*Wiener medizinische Wochenschrift*, 1903, n° 49.)

Se basant sur son expérience personnelle et sur les faits contenus dans la littérature, Donath énumère les résultats thérapeutiques favorables obtenus dans les méningites, l'épilepsie, la chorée, les crises gastriques du tabes, etc.. Il termine en montrant l'importance diagnostique de la cytologie du liquide céphalo-rachidien.

XII. — Pathogénie, pronostic, thérapeutique du tabes ; par Belugou et M. Faure. (Congrès de Neurologie. Bruxelles, 1903.)

Intéressant mémoire basé sur 1960 observations de malades suivis pendant plusieurs années. Au point de vue étiologique, notons le petit nombre des femmes atteintes (4 %); la grande fréquence des israélites ; l'influence de la syphilis (77 %) ; le peu d'influence des antécédents névropathiques (25 %).

Le pronostic est variable : dans 19 % des cas, le tabes s'arrête ; 40 fois il évolue par étapes, avec des rémissions, lentement ; la forme typique, régulièrement progressive, ne se montre que 30 fois %. 6 fois pour cent l'évolution est rapide; 5 fois on observe une évolution régressive. Suivant les auteurs. les doses massives de mercure ne donnent pas plus d'amélioration que les doses modérées et donnent plus d'aggravation ; cependant il faut tenter le traitement antisyphilitique aussi près que possible du début. La cure à Lamalou et la rééducation motrice donnent les meilleurs résultats.

XIII. — Les névropathes ; par E. Monin. (Lib. Rudeval, Paris.)

Œuvre de vulgarisation, destinée, suivant la propre expression de l'auteur. à M. Tout-le-Monde.

XIV. — Travail et plaisir ; par Ch. Féré. (Lib. Alcan, 1904.)

Le travail personnifie le bonheur, et tout travail physique et intellectuel contribue au bonheur de l'humanité. La division du travail est une condition du progrès, elle augmente le rendement du travail. Par de très nombreuses expériences exécutées avec l'ergographe de Mosso, M. Féré étudie méthodiquement le travail et les rapports physiologiques qui l'unissent au plaisir. Successivement, il note l'influence du rythme, de la durée du repos, du poids soulevé, de l'économie de l'effort, du sexe, de l'âge, des conditions atmosphériques, des excitations sensorielles, du travail digestif, de quelques poisons nerveux, de certains médicaments, du thé, du café, de l'alcool, du tabac, des émotions, de la suggestion.

Toutes ces recherches, fort intéressantes et fort suggestives, méritent d'être lues dans le texte et méditées ; elles expliquent des faits connus, parfois observés sur nous-mêmes et dont la raison intime nous échappait. Elles montrent dans leur ensemble que tout ce qui procure un plaisir, rend en même temps le travail plus productif. Si la division du travail rend celui-ci plus facile, elle amène par contre la dépersonnalisation du travail qui perd son intérêt. Le besoin de l'activité innée s'impose.

Ce très remarquable volume, fruit de plusieurs années de recherches, aboutit à la glorification du travail, dont il montre la dignité et l'importance sociale.

XV. — Contribution à l'étude de la pathogénie des névroses ; par Lefèvre. (*Archives médicales belges*, janvier 1904.)

Toutes les névroses relèvent du même mécanisme ; il n'y a donc pas des névroses, mais la névrose. Celle-ci relève de l'auto-suggestion inconsciente et de cette tendance naturelle du cerveau à reproduire ce qui le frappe ; ce sont les sensations. les idées réfléchies qui déterminent les manifestations névrosiques ; les réflexions nerveuses se font au dedans de l'être intelligent, mais à son insu, et elles s'égarent.

XVI. — Manuel pour l'étude des maladies du système nerveux ; par M. de Fleury. (Paris, Alcan 1904.)

Désireux de restaurer à neuf l'ensemble de ses connaissances en neurologie, M. de Fleury a accumulé les notes et les résumés, et s'est ainsi trouvé, presqu'à son insu, avoir écrit un traité de neuropathologie : abordant tous les sujets de la neurologie, compilant les acquisitions les plus récentes de cette science si rapidement progressive, il les expose avec la clarté, la précision, la tendance schématisante que l'on retrouve dans tous ses ouvrages.

La première partie est fort intéressante. Elle contient le schéma complet et minutieusement détaillé de l'examen d'un névropathe, les règles qui doivent diriger l'examen clinique, et constitue un modèle d'observation complète, où rien de ce qui importe pour étudier un point quelconque du sujet n'est oublié.

La seconde partie reprend en détail et illustre de très nombreuses figures tout ce qui constitue l'anatomie médicale du système nerveux. Les travaux les plus récents ont été mis à contribution, et tout le névraxe, tel que le comprennent aujourd'hui les neurologistes, est exposé dans tous ses détails importants.

Les autres parties sont consacrées à la pathologie : maladies de la moelle épinière, du bulbe, de la protubérance et

du pédoncule, du cerveau et des méninges cérébrales, des nerfs, troubles trophiques et vaso-moteurs, névroses. Pour chaque maladie, l'auteur expose succinctement, mais en tous leurs détails, la symptomatologie et l'anatomie pathologique et insiste particulièrement sur la thérapeutique.

Il est difficile de pénétrer, dans une brève analyse, dans l'exposé de chacune des questions étudiées. Dans son ensemble, cet ouvrage se recommande par son exposition claire et facile, par l'énorme quantité de renseignements qu'il contient, par la mise au point de l'ensemble des maladies du système nerveux.

XVII. — Isolement et psychothérapie ; par J. Camus et P. Pagniez. (Librairie Alcan, Paris 1904.)

La cure d'isolement, depuis qu'elle a été préconisée par Weir Mitchell, a donné à tous ceux qui l'ont employée dans le traitement des névroses des résultats extrêmement satisfaisants ; mais par lui seul l'isolement est trop lent à agir ou insuffisant, et, comme l'a montré notre maître, M. le professeur Déjerine, si l'on veut obtenir les meilleurs résultats, il faut à l'isolement joindre la psychothérapie. C'est cette méthode qu'ils ont apprise sous la direction du professeur Déjerine que MM. Camus et Pagniez exposent en détail.

Après un exposé historique de l'isolement, les auteurs étudient la psychothérapie médicamenteuse, les pratiques du merveilleux, la psychothérapie par suggestion et l'hypnotisme par persuasion.

Ensuite vient la partie capitale de l'œuvre, la partie vécue, l'exposé de la pratique du professeur Déjerine. L'isolement doit être associé à la psychothérapie. Il peut être pratiqué aussi bien à l'hôpital que dans une maison de santé; au sein de la famille, l'isolement est impossible à exécuter. Pendant la première période de la cure, le malade sera maintenu au lit. et au régime lacté ; comme moyens adjuvants; on pourra avoir recours au massage, à l'électrisation, à l'hydrothérapie, mais la valeur de ces moyens est tout à fait secondaire ; quant aux médicaments, ils sont à rejeter, dans la plupart des cas ; la psychothérapie est la base même du traitement. Le médecin doit avant tout gagner la confiance de son malade et fixer son attention, lui montrer le mécanisme de la maladie et de sa guérison, par suite combien il peut hâter cette guérison par la rééducation physique et morale. Faut-il employer la suggestion hypnotique ? Les auteurs la rejettent comme inutile et dangereuse dans l'immense majorité des cas. De nombreuses observations montrent l'application des principes développés et les résultats obtenus.

Ce livre vient à son heure. Il manquait un traité indiquant nettement aux médecins ce qu'est, ce que vaut, comment se pratique la cure d'isolement et quel puissant moyen thérapeutique est la psychothérapie. Il faut remercier MM. Camus et Paguiez d'avoir exposé d'une façon claire et précise la pratique de M. le professeur Déjerine : ils ont rendu service à la neurologie française.

Exposition de Saint-Louis. — M. le Dr Sauvez est nommé juré suppléant du groupe 20 (Médecine et Chirurgie).

La fièvre typhoïde dans l'armée allemande. — On télégraphie de Bruxelles au *Matin* que le typhus à éclaté au camp d'Elsenborn. L'eau y est de qualité si détestable que les effectifs menaçaient d'être décimés par le fléau. Aussi a-t-il fallu évacuer le régiment des cuirassiers blancs de Deutz et un régiment d'artillerie de campagne, le premier sur Cologne, le second sur Coblentz. Nul doute qu'il ne s'agisse de la fièvre typhoïde ou typhus abdominal selon l'expression allemande, et non du typhus exanthématique.

Empoisonnés par du sel d'oseille. — Huit personnes ont été empoisonnées à Rouen par du sel d'oseille pris par erreur comme sel de cuisine. Leur état serait très sérieux.

La salubrité de Londres. — Londres est connue comme une des plus saines parmi les grandes villes. Les statistiques publiées par le conseil de comté de Londres montrent qu'en 1902 la mortalité a été moindre que la moyenne des années précédentes, 17,2 pour 1.000. Les naissances ne présentent pas un chiffre aussi favorable : elles sont successivement décliné de 36,55 pour 1.000 en 1867 à 28,5 pour 1.000 en 1902, ce qui est le taux le plus bas qu'ait encore enregistré la ville de Londres. (*L'Humanité.*)

CORRESPONDANCE

Les victimes oubliées de la guerre moderne.

M. le Dr Paul Jacoby, médecin en chef de l'asile provincial d'Orel (Russie), nous adresse la lettre suivante :

Monsieur le Rédacteur, voudrez-vous bien accorder dans votre journal l'hospitalité à ces lignes, qui sont la traduction d'un mémoire, adressé aux « autorités compétentes ». Ce mémoire, je l'avais présenté d'abord au Comité local de la Croix Rouge ; le Comité le remit à son secrétaire pour faire un rapport ; à la séance suivante, le secrétaire proposa de demander l'avis des médecins du comité ; les médecins trouvèrent plus correct de demander l'avis de la Société médicale de la Ville ; on nommera ensuite une commission, pour discuter l'avis de la Société médicale ; cette commission fera un rapport..... je vous fais grâce du reste. Sans attendre la suite, j'ai présenté ce mémoire au président de la Croix-Rouge, comte Woronzow-Dachkow, et au chef du service sanitaire de l'armée. Un certain nombre de cas de névrose traumatique et de délire chez des dégénérés, qui avaient eu lieu dans les troupes en Mandchourie, et l'absence complète d'assistance, m'avaient déterminé à faire cette démarche, sur le succès de laquelle je n'ose concevoir de grandes espérances, qui pourraient n'être que des illusions. Et cependant un cas particulièrement frappant, celui d'un grand personnage sur le *Petropawlowsk*, aurait dû appeler l'attention sur ce sujet. Ce personnage, sauvé par un bonheur inouï, paraît avoir une névrose traumatique ; il faut avouer qu'on l'aurait à moins. Or, il a été mis immédiatement en voiture, et on lui avait fait faire un trajet de près de *dix mille kilomètres*.

Dans toute grande agglomération humaine, il se produit nécessairement des cas d'aliénation mentale, et l'armée est essentiellement composée d'hommes dans l'âge de la plus grande fréquence de la folie, des psychoses. Mais ce n'est pas tant *le nombre* des malades que *la nécessité* pratique, et encore plus *le devoir* moral de les soigner, qui imposent la création d'un service d'assistance dans les troupes en campagne. Les privations et les fatigues de la guerre, le surmenage, l'exacerbation de l'alcoolisme (1), les dangers, une foule de facteurs moraux, les traumatismes physiques et psychiques, sont des conditions inévitables de la guerre, et leurs victimes ont par conséquent tout autant droit aux soins que les blessés. Tout jeune médecin, frais émoulu de la Faculté, j'ai fait la campagne de France (1870-71). J'ai assisté aux attaques de Dijon et à la retraite de Bourbaki, et j'ai été frappé du nombre des cas de psychoses, — c'étaient pour la plupart des formes dégénératives (2) et des traumatismes psychiques. J'ai eu le bonheur d'intervenir avec succès dans des conseils de guerre qui avaient à juger des cas d'indiscipline d'origine psychopathique. La grande majorité des cas de ce genre sont malheureusement méconnus et échappent ainsi à la statistique. Une fois mon attention éveillée sur ce point, j'ai cherché à me renseigner. Les médecins russes qui avaient fait la campagne de Turquie (1877-78), ont observé des cas nombreux de psychoses aiguës. Pendant la guerre de Chine (1900), ces cas avaient été, paraît-il, également très fréquents dans les troupes russes, et on raconte sous le manteau de la cheminée qu'il arrivait aux soldats de brûler la cervelle aux camarades malades, pour qu'ils ne tombent pas aux mains des tortureurs chinois. Des cas de délire avaient eu lieu pendant la guerre actuelle.... Nous savons par les journaux que sur la *Mandchourie*, capturée par les japonais, se trouvaient 14 militaires aliénés, qu'on avait embarqués pour les envoyer en Russie.

---

(1) « Malgré l'interdiction de vendre de l'eau-de-vie aux soldats, on « constate une très grande ivrognerie dans les troupes ; aussi les cas d'indiscipline et des actes de violence sont-ils fréquents et donnent lieu à des poursuites judiciaires » (ordre du jour du commandant de place à Kharbin).

(2) Sur les dégénérés dans les troupes russes. (Ozeretzkowski. L'hystérie dans les troupes).

Il n'existe généralement aucun service des aliénés en temps de guerre, ce qui est très regrettable assurément. Mais dans les guerres européennes cette absence s'explique, et se justifie en grande partie. En Europe, les asiles sont nombreux et les cas aigus peuvent y être placés, ce qui rend un service spécial moins nécessaire. Dans les campagnes hors de l'Europe, dans les guerres coloniales, les troupes n'ont pas à leur disposition des asiles, pas même des hôpitaux quelquefois, elles doivent par conséquent être plus complètement outillées. La guerre russo-japonaise a lieu dans des conditions particulièrement malheureuses, et présente en même temps les conditions défavorables, tant de la guerre européenne que de la guerre coloniale, pour l'armée russe du moins. On a les immenses agglomérations humaines et les procédés meurtriers et terrifiants de la technique moderne, mais aussi les fatigues et les privations d'une campagne dans un pays désert, stérile, vide d'habitants et sans chemins frayés, le surmenage, le mauvais climat, tout ce qui accompagne généralement une guerre coloniale. Et comme organisation de l'assistance psychiatrique, néant, les asiles spéciaux n'existent pas en Sibérie, et encore moins en Mandchourie. Les « divisions des aliénés » des hôpitaux provinciaux en Sibérie avaient été décrites bien des fois, elles sont épouvantables tout simplement, et elles sont encombrées. Transférer des malades, nerveux, aliénés à 9 ou 10 mille kilomètres, et cela en temps de guerre, par un chemin de fer encombré de convois militaires, c'est, évidemment, les sacrifier d'avance.

Passons à un autre point de vue.

La technique actuelle de la guerre diffère essentiellement de celle des guerres précédentes, même les plus récentes ; aussi au point de vue de leur influence psychologique, et psychopathique, tout parallèle serait erroné. La guerre moderne n'est plus un combat plus ou moins personnel, à l'idée duquel nous sommes faits depuis des siècles, c'est actuellement une sorte de boucherie industrielle à procédés perfectionnés. Le danger, la mort même, se presentent maintenant sous des formes nouvelles, étranges, auxquelles notre psychologie ne s'est pas faite, dont elle n'a pas encore pris son parti. Un cuirassé qui, en moins de *deux minutes*, entraîne au fond de la mer tout son équipage, 800 personnes ; un combat d'artillerie, où 104 chevaux sur 107 sont tués ; un assaut où *tous les assaillants* jusqu'au dernier tombent pour ne plus se relever, où *quinze cents mines* auraient dû éclater, ce qui n'est pas arrivé grâce à un heureux hasard, mais ce qui arrivera demain, tout cela nous fait l'impression plutôt d'une catastrophe cosmique, telle qu'un tremblement de terre, une éruption de volcan, et l'on sait à quel point sont nombreux les cas de trouble nerveux ou mental par suite de ces catastrophes ; je puis en parler en connaissance de cause, ayant assisté au tremblement de terre de Nice. Si des déraillements produisent tant d'affections psychophysiques plus ou moins graves, dans quel état nerveux doivent se trouver les échappés aux catastrophes du *Wariaz*, du *Coréen*, de *l'Enissey*, du *Boyard*, et surtout du *Petropawlowsk* et du *Hatsuse* ! Les troubles nerveux et les affections psychophysiques doivent être soignes *immédiatement*, *sur place*, dans des conditions de *repos absolu*, et par conséquent excluent le transport des malades à grande distance.

Les formes nouvelles de la mort, formes dont on n'a pas encore l'habitude mentale, et les états psychologiques qu'elles créent, influeront certainement sur les conditions psychophysiques et sur la pathogénèse de la morbidite nerveuses des troupes en campagne, et créeront peut-être de nouvelles formes morbides apparentées aux névroses traumatiques et hystériques d'origine industrielle. La guerre russo-japonaise, si courte qu'elle soit, avait déjà confirmé ces vues théoriques ; mais la littérature medicale ne s'est pas encore préoccupee de la question, et encore moins des moyens pratiques de satisfaire aux exigences nouvelles de la guerre moderne.

Telle paraît être la pathogénie nerveuse des troupes en Mandjourie. Il semblerait hors de doute que, dans ces conditions, le nombre des psychoses doit être *plus grand*, et celui des moyens d'assistance *moindre* que dans les guerres européennes précédentes. Notons encore que les médecins, absorbés par leur besogne somatique, ne peuvent donner autant de leur temps qu'en réclame le traitement des malades de cette catégorie. Notons, en plus, que la grande majorité des médecins, n'a pas l'habitude de ces malades, que le personnel secondaire dressé à soigner les psychoses manque totalement, et qu'il y a de grands inconvénients, pour ne pas dire impossibilité, d'avoir dans le même local des aliénés et des malades somatiques, pour la plupart des blessés ou atteints de maladies infectieuses. Il faut convenir que la position n'est pas des plus consolantes. Et cependant ces victimes oubliées de la guerre autant que les blessés, ont droit aux soins et demandent un traitement immédiat ; chaque jour de retard — je dirais presque : chaque heure — diminue leur chance de guérison. Il est certain que de nombreux cas de trouble mental de nature dégénérative, traités *immédiatement sur place, sous tente*, guériraient rapidement si une assistance spéciale existait. Actuellement, ils ne sont pas soignés, ou ils ont transférés...... *à 30-40 jours de voyage en chemin de fer* !

Mais il y a autre chose encore.

Les infractions à la discipline occupent une large place dans la criminalité militaire russe en temps de guerre, et nous avons entendu les autorités militaires russes se plaindre de leur fréquence. On sait aussi que des atrocités stupides, des crimes sanglants, inutiles, insensés, sont commis par des Européens dans les pays tropicaux, des excès et des aberrations sexuelles qui compromettent leur vie et leur honneur (1). Les conseils de guerre et l'opinion publique ne distinguent pas toujours les psychoses du crime.

Les deux armées actuellement en présence en Mandchourie ont le triste privilège d'inaugurer les nouvelles conditions psychologiques et psychopathiques de la guerre moderne, avec son caractère de boucherie industrielle et ses catastrophes qu'on dirait plutôt être le fait d'un bouleversement cosmique que créées par le génie de l'homme. Aucun pays au monde, que je sache, ne s'est préparé à faire face à ces exigences médicales de la guerre moderne, et cependant on aura forcément à en tenir compte. Heureusement que l'assistance à prêter à ces victimes de la guerre civilisée, avec les méthodes actuelles de les soigner, est parfaitement possible sur le théâtre même de la guerre, surtout dans la belle saison (2), et c'est ici surtout qu'elle est le plus utile, la plus bienfaisante. La création d'une assistance psychiatrique pour les troupes en campagne s'impose et devrait être réclamée tout particulièrement pour les troupes coloniales ou opérant hors des pays civilisés, et par-dessus tout dans les climats tropicaux. C'est dire que l'organisation d'un service spécial s'impose immediatement à la Russie, mais qu'il s'impose également à la Belgique, à la France, à l'Angleterre, à l'Allemagne, aux Etats-Unis (3). Dr Paul Jacoby.

Au sujet de l'hygiène bucco-dentaire dans les écoles.

Mon cher confrère,

Permettez-moi de répondre deux mots aux apparentes critiques que vous formulez dans votre numéro du 23 juillet, relativement à ma communication sur l'hygiène bucco-dentaire dans les écoles. — Je rappellerai seulement au Dr Gourichon que si dans 19 arrondissements un dispensaire « spécial » est organisé, un arrondissement est encore à pourvoir ; que si à Paris on a tenté de faire quelque chose, en province c'est pitoyable ; que si dans le XIIe 960, consultations seulement ont été données en 1903, ce chiffre est notoi-

(1) Voir le suicide du général Macdonald, les procès récents en Allemagne, les faits signalés au Congo, les livres de M. Vigné d'Octon, etc.

(2) Dans des baraques en planches ou simplement sous tente, comme nous le faisons tous les ans dans nos asiles, pendant qu'on fait les réparations dans les pavillons et leur toilette. L'année passée (1903), les agités à Orel avaient passé ainsi deux mois, et il n'y aurait eu aucun inconvénient à leur faire passer ainsi tout l'été.

(3) Au dernier moment, un télégramme m'annonce que ma proposition est acceptée par la Commission exécutive de la Croix-Rouge russe.

rement insuffisant pour une population indigente certainement très nombreuse — que si enfin un refus est opposé bien souvent par les parents, c'est que la propagande est insuffisante et que les fameuses instructions imprimées ne produisent pas grand effet.

Relativement à ce que vous dites, mon cher confrère, je répondrai que je n'ai jamais demandé la création de services nouveaux, mais l'utilisation des services hospitaliers qui fonctionnent deux jours la semaine seulement. Si j'ai laissé percer l'intention de créer un titre spécial, j'ai aussi conseillé comme plus simple d'avoir recours aux dentistes-adjoints des hôpitaux.

Je me défends d'avoir voulu diminuer le rôle du médecin-inspecteur; n'ai-je pas dit : « C'est naturellement un médecin qui sera chargé de cette inspection, qu'il ait le titre de médecin-inspecteur (et le Dr Gourichon tout le premier possède bien ce titre-là) ou de médecin traitant attaché à l'établissement. »

En parlant du médecin traitant, j'ai pensé aux écoles secondaires, de province surtout, pour lesquelles les inspections sont trop espacées, tandis que les visites du médecin traitant sont régulières et fréquentes.

Quant à être capable d'exercer l'art dentaire, tout l'art dentaire, comme vous le laissez entendre en quelques leçons vous n'y songez pas, et le Dr Siffre, qui s'y connait y songe encore moins que vous. Quelques leçons suffiront sans doute au médecin de campagne pour donner un « avis utile ou un soulagement urgent et temporaire », mais pas pour exercer un art pour lequel, croyez-le bien, il faut plus de quelques leçons.

En m'excusant d'avoir été si long je vous prie d'accepter mon cher confrère, mes bien sincères salutations.

Dr A. Bozo.

VARIA

Les dettes d'un hospice.

Le Conseil d'Etat vient, par un arrêt tout récent, de trancher une très grosse question de comptabilité publique, sur laquelle, au grand détriment des intérêts particuliers, s'éternisaient depuis de longues années des discussions doctrinales.

On sait que le créancier d'un être moral-administratif n'a à sa disposition aucun moyen de droit commun pour se faire payer. Qu'il s'agisse d'une ville, d'un département, d'un établissement public, fabrique, hospice ou autre, ce créancier, même porteur d'un titre exécutoire, ne peut pratiquer aucune saisie mobilière ni immobilière. Il ne peut être payé que si un crédit figure au budget ; et, dans le cas où ce crédit n'est pas voté, il n'a qu'une ressource, celle de demander à l'Administration supérieure de l'inscrire d'office. Pour les établissements hospitaliers, la loi n'est pas explicite, et un grand nombre de jurisconsultes a dénié à l'administration le pouvoir d'inscription d'office sur leurs budgets. Suivant cette doctrine, très répandue parmi les auteurs, il n'y aurait donc aucun moyen d'obliger un hôpital ou un hospice à payer ses dettes et à acquitter les factures de ses fournisseurs. La seule ressource consisterait dans la révocation de la commission administrative chargée de régir ses biens. Le Conseil d'Etat vient enfin de consacrer une autre solution.

La Haute Assemblée a été saisie de la question au sujet de l'arriéré de traitement d'un médecin, que la commission administrative d'un hospice refusait de solder. M. le commissaire du gouvernement Teissier a fait observer au Conseil d'Etat que les textes qui établissent le droit de l'administration sur les budgets des villes, des départements et des fabriques ne sont que des applications d'un principe général préexistant, celui de la tutelle administrative. En matière hospitalière, ce principe général est encore confirmé par des textes spéciaux, la loi du 7 août 1851 et le décret du 31 mai 1862, article 547, qui soumettent la comptabilité des hospices aux règles de la comptabilité communale.

On n'hésitera pas, et le Conseil d'Etat a déjà autorisé à inscrire d'office au budget d'un hospice une dépense déclarée obligatoire par la loi, telle par exemple que celle des frais d'habillement des enfants assistés. Comment hésiter, dans ces conditions, à inscrire également d'office, s'il y a lieu, une dette exigible ? La solution contraire enlèverait tout recours aux créanciers.

Conformément à ces conclusions, le Conseil d'Etat a déclaré que le gouvernement, en vertu des droits de tutelle qui lui appartiennent sur l'administration d'un hospice et sur le règlement de son budget, peut régulièrement, après une mise en demeure préalable, procéder à l'inscription d'office du crédit nécessaire au paiement d'une dette. (*Le Temps.*)

Société de médecine de Toulouse.

Hôtel d'Assézat et de Clémence-Isaure. — *Programme des prix pour 1905. — Prix J. Naudin.* — Des suppurations bacillaires chez les animaux. — Valeur du prix : 400 francs.

Prix Gaussail. — Des modifications de la moelle osseuse dans les infections. — Valeur du prix : 600 francs.

Programme des prix pour 1906. — Prix Gaussail. — Des infections puerpérales chez les animaux domestiques. Valeur du prix, 600 francs.

Prix Couseran. — A l'auteur du meilleur mémoire adressé à la Société sur la pharmacie ou les sciences accessoires (Etudiants en pharmacie). Valeur du prix : 500 francs.

Médailles d'encouragement. — Indépendamment des prix ci-dessus, la Société peut décerner chaque année quatre, Médailles d'encouragement ; vermeil, argent ou bronze, aux auteurs des meilleurs mémoires ou observations, à leur choix, pourvu que ces ouvrages n'aient pas été imprimés ou communiqués à quelque autre Société savante (art. 31 des Statuts).

Conditions générales des concours. — Les Mémoires écrits *lisiblement*, en français, sont seuls admis à concourir : ils devront être adressés *franco* à M. le Secrétaire général, au siège de la Société (Hôtel d'Assézat-Clémence-Isaure, à Toulouse), *avant le 1er janvier* de l'année dans laquelle le prix doit être décerné, terme de rigueur. Ils seront accompagnés d'une épigraphe ou devise qui sera répétée sur une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur. Les Mémoires dont les auteurs se seraient fait connaître directement ou indirectement, ceux qui auraient été déjà publiés ou présentés à une Compagnie savante ne seront pas admis à concourir. Les Mémoires manuscrits sur sujets divers, destinés au concours des *médailles d'encouragement*, devront parvenir *franco* à M. le Secrétaire général *avant le 1er mars* de chaque année. Les Membres résidants de la Société ne peuvent pas prendre part aux divers concours. Les Etudiants en médecine y sont admis. Les manuscrits des mémoires jugés par la Société deviennent sa propriété ; toutefois leurs auteurs peuvent en faire prendre copie à leurs frais, sans déplacement, en s'adressant pour cela au Secrétaire général. La séance publique annuelle, dans laquelle sont proclamés les résultats des divers concours, a lieu du 1er au 15 mai.

CONGRÈS ET EXPOSITION

Association française d'Urologie (20-22 octobre 1904). — La huitième session se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du 20 au 22 octobre 1904, sous la présidence de M. le Professeur Guyon. Secrétaire général : M. E. Desnos, 59, rue de La Boétie, Paris.

Congrès Français de médecine — 7e Session (Paris, 24-27 octobre 1904.) — Ce Congrès se tiendra cette année à Paris, du 24 au 27 octobre inclusivement, sous la présidence du professeur Cornil. Pour les renseignements et les communications, s'adresser à M. le Dr Enriquez, secrétaire général adjoint, 8, avenue de l'Alma.

1er Congrès International d'assainissement et de salubrité de l'Habitation (Paris, octobre 1904). — La Société Française d'Hygiène a pris l'initiative d'un Congrès d'Assainissement et de Salubrité de l'habitation qui se réunira à Paris du 15 au 20 octobre prochain. Les communications et demandes de renseignements doivent être adressées au Secrétaire général du Congrès, M. F. Marié-Davy, 7, rue Brézin, Paris (14e Arrond.).

FORMULES

V. — Contre l'impétigo.

Lavage à l'eau styptique d'Alibour dont voici la formule :

Sulfate de cuivre	10 grammes
Sulfate de zinc	30 —
Camphre	5 —
Safran en poudre	2 —
Eau de rivière	11 —

Appliquer ensuite la pommade :

Acide borique	5 grammes
Benzo-naphtol	1 —
Benzoate de bismuth	4 —
Vaseline	90 —

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 24 juillet au samedi 30 juillet 1904. les naissances ont été au nombre de 1076, se décomposant ainsi : légitimes 775, illégitimes 301.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 895, savoir : 465 hommes et 430 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 2. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 2. — Rougeole : 6. — Scarlatine : 1. — Coqueluche : 6. — Diphtérie et Group : 1. — Grippe : 0 — Choléra asiatique : 1. — Choléra nostras : 5 — Autres maladies épidémiques : 1. — Tuberculose des poumons : 201. — Tuberculose des méninges : 11. — Autres tuberculoses : 18 — Cancer et autres tumeurs malignes : 52. — Méningite simple : 17. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 41. — Maladies organiques du cœur : 38 — Bronchite aigue : 3 — Bronchite chronique : 10. — Pneumonie : 20. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 46. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 3. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 11 ; autre alimentation : 133. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans. 28 — Hernies, obstruction intestinale : 6. — Cirrhose du foie : 4. — Néphrite et mal de Bright : 19. — Tumeurs non cancereuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 8. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 1. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 2. — Débilité congénitale et vices de conformation : 17. — Débilité sénile : 32. — Morts violentes : 31. — Suicides : 10. — Autres maladies : 1?0 — Maladies inconnues ou mal définies : 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 55, qui se décomposent ainsi : légitimes 37, illégitimes 18.

Légion d'honneur. — Ont été promus par le ministre de l'Instruction Publique au grade de *grand-officier* ; M. le Pr Tillaux, président de l'Académie de Médecine ; au grade de chevalier : M le Dr Thiéry, professeur agrégé à la Faculté de Paris. M. le Dr Lavaux, professeur libre d'urologie.

Cours complémentaires. — *Bordeaux* : MM. Denucé et Rondot, pathologie externe ; Andérodias, accouchements.

Lille : MM. Lambret, médecine opératoire ; Oui, accouchements ; Gaudier, clinique chirurgicale des maladies des enfants ; Carrière, clinique médicale des maladies des enfants et syphilis infantile.

Montpellier : MM. Vallois, accouchements ; Raymond, pathologie générale ; Rauzier, clinique des maladies des vieillards ; Gervais de Neuville, pathologie chirurgicale.

Nancy : MM. Haushalter, clinique des maladies des enfants ; Février, clinique des maladies cutanées et syphilitiques ; Paris, clinique des maladies mentales ; Vautrin, pathologie externe ; Schuhl, accouchement ; Weber (Jean-Amédée), anatomie.

Toulouse : M. Dieulafé (Léon), anatomie.

Clinicat des maladies mentales. — M. le Dr Paul Juquelier interne à l'asile clinique, vient d'être nommé au Concours chef de clinique et médecin adjoint des asiles.

Faculté de Lyon. — M. Fabre, agrégé des facultés de médecine, chargé des cours de clinique obstétricale à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Lyon, est nommé professeur de clinique obstétricale à la dite faculté.

Faculté de Nancy. — M. Parisot, agrégé des facultés de médecine. chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies des vieillards à la faculté de médecine de l'université de Nancy, est nommé professeur de médecine légale à la dite faculté.

Faculté de médecine de Paris. — M. Méry, agrégé est chargé pour l'année scolaire 1904-1905 d'un cours de clinique de maladies des enfants. — M Franca, agrégé est chargé d'un cours d'histologie. — M. Faure, est nommé du 1er novembre 1904 au 31 octobre 1907 sous-directeur des exercices pratiques de médecine opératoire.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le Dr J. Pery vient d'être nommé chef de la clinique obstétricale de M. le Pr Lefour après un brillant concours.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — *Cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie*, du 10 octobre au 17 décembre 1904, sous la direction de M. le Pr. Gaucher. — Le cours sera complet en quatre-vingt-dix-sept leçons. Il aura lieu tous les jours, deux fois par jour, excepté les dimanches et fêtes, à deux heures et à trois heures et demie de l'après-midi, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'Amphithéâtre de la clinique, sauf les leçons de M. Cathelin, qui seront faites à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Guyon. Il commencera le lundi 10 octobre 1904 et finira le samedi 17 déc. 1904. Ce cours sera essentiellement pratique, et portera surtout sur le diagnostic et le traitement. Toutes les démonstrations seront accompagnées de présentations de malades, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis et de préparations microbiologiques ou histologiques. L'application des médications usuelles (frotte, douches, électricité, scarifications, épilation, électrolyse, photothérapie, etc.), sera faite devant les élèves. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Des certificats d'assiduité et d'instruction pourront être délivrés aux auditeurs à la fin du cours.

Programme et répartition des leçons. — M. Gaucher : Lésions élémentaires de la peau. Matière médicale dermatologique et médication hydrominérale. — Balzer : Eczéma. Impétigo. Ecthyma. Syphilis secondaire. — de Beurmann : Psoriasis. Lupus. Tuberculoses cutanées. Traitement du lupus. — Castex : Syphilis du nez et du larynx. — Queyrat : Blennorrhagie aiguë. Blennorrhagie chronique. Complications et traitement de la blennorrhagie. Les balanoposthites. Herpès. Végétations. Phimosis. Chancre mou. Chancre syphilitique. — Hudelo : Gale. Erythèmes. Urticaire. Prurits et prurigo. Lichens. Pityriasis. Pemphigus. — Morestin : Chirurgie du lupus, des nævi et des tumeurs de la peau. Opérations esthétiques. — Gastou : *Maladies parasitaires du cuir chevelu* : Teigne tondante et favus. Pityriasis versicolor. Erythrasma Examen des cheveux et des poils dans les maladies parasitaires. *Diagnostic dermatologique par les méthodes de laboratoire* : Examen des squames, sérosités, sang, pus. *Anatomie pathologique* générale des maladies de la peau *Electrothérapie. Petite chirurgie dermatologique.* — Emery : Traitement de la syphilis. — Edmond Fournier : Hérédo-syphilis. Syphilis et grossesse. — Milian : *Syphilis tertiaire* : Syphilides tuberculeuses ; syphilides ulcéreuses ; gommes ; ulcères de jambe. Syphilis de la langue, du voile du palais, des amygdales, du pharynx, du testicule et des os. Syphilis cérébrale. Syphilis médullaire. *Parasyphilis* : Neurasthénie. Paralysie générale. Tabès. — Terrien : Syphilis oculaire. — Lacapère : Pelades et alopécies. Dermites artificielles. Dermatoses congénitales. Sclérodermie. Folliculites. Tumeurs de la peau. Séborrhées et acnés. Eczéma acnéique. Folliculites suppurées Dyshidrose. Actinomycose. Lèpre. Leucoplasie. — Barbarin : Complications génitales chirurgicales de la blennorrhagie chez la femme : bartholinites, métrites et salpingites. — Cathelin : Complications génito-urinaires chirurgicales de la blennorrhagie chez l'homme : prostatites, cystites, abcès urineux, néphrites suppurées. Traitement des rétrécissements de l'urèthre. — Paris. — Phthiriase. Zona. Dystrophies pigmentaires. Purpura. Morve et Farcin. Elephantiasis. — Un cours semblable a lieu deux fois par an : le premier en mai et en juin, le second du 15 octobre au 20 décembre. Le droit à verser est de 150 francs. Seront admis : les docteurs et étudiants français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au Secrétariat de la faculté (Guichet no 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures. Pour renseignements complémentaires, s'adresser le matin à la clinique (Hôpital Saint-Louis.)

Association d'enseignement médical professionnel. Cours de vacances. Du 19 septembre au 1er octobre 1904 auront lieu les cours dont la liste suit :

1° *A l'Hôtel des sociétés savantes, rue Serpente* : *Bactériologie* : Dr Veillon. — *Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique* : Dr Leredde. — *Massage* : Dr Marchais. — *Maladies des voies urinaires* : Dr Nogués. — *Electrothérapie* : Dr Zimmern. — *Accouchements* : Dr Dubrisay. — *Maladies nerveuses* : Dr Sollier. — *Thérapeutique appliquée* : Dr Landowski. — *Hygiène et Thérapeutique infantiles* : Dr Lesné.

2° *Dans différents services* : *Gynécologie* : Dr Arrou (Saint-Antoine). — *Chirurgie pratique* : Dr Souligoux (Lariboisière). — *Auscultation* : Dr Caussade (Tenon). — *Maladies de l'estomac* : Dr Soupault (Bichat). — *Oto-rhino-laryngologie* : Dr Georges Laurens (Bichat). — *Ophtalmologie* : Dr Morax (Lariboisière).

Tous les cours commenceront le lundi 19, aux lieu et heure indiqués pour chacun d'eux. Repos le dimanche 25. Les inscriptions

sont reçues dès maintenant. Chaque élève recevra une carte d'admission qu'il devra produire à l'entrée des cours. Le droit d'inscription de chaque cours (comprenant en moyenne 8 à 10 leçons) est fixé à 20 francs, payables en s'inscrivant. On peut s'inscrire par correspondance. Le lundi à midi, à l'Hôtel des Sociétés Savantes, réunion générale des Professeurs et des élèves ; dernières inscriptions. Cette réunion n'empêchera pas les cours du matin d'avoir lieu le lundi aux heures indiquées. Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser au docteur MARCHAIS, aux Sociétés Savantes, rue Serpente.

SERVICE DE SANTÉ COLONIAL. — Les médecins majors de 1re classe LE RAY, rentré de l'Indo-Chine, est affecté au 6e d'infanterie coloniale à Brest ; BRAUZON-BOURGOGNE, attendu de la Martinique, au 8e, à Toulon.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort à l'âge de 59 ans, de M. le Dr Ladislas GORECKI, ancien président de la Société d'ophtalmologie de Paris. D'origine polonaise, M. Gorecki avait été d'abord médecin de la marine. Il fit la campagne de 1870 comme médecin au 92e régiment de marche dans l'armée de la Loire. Il était médecin-major de 1re classe de l'armée territoriale et chevalier de la Légion d'honneur. Ses obsèques civiles ont eu lieu jeudi 11 août au Père-Lachaise.

Les *Archives médicales d'Angers* nous apprennent la mort de M. le Dr LAINÉ, du Mans, à l'âge de 81 ans.

REMPLACEMENTS. — Etudiant en médecine, très sérieux, meilleures recommandations, désirerait faire remplacement de huit à quinze jours à Paris, dans la banlieue ou dans ses environs. S'adresser au bureau du journal.

A VENDRE. — Au milieu des pins, pour sanatorium ou maison de santé, parc de 23 hectares et constructions.—Eaux abondantes, chutes 430 mètres. — Altitude 800 mètres. — Panorama merveilleux. *Ecrire au journal à l'adresse A.D.*

Chronique des hôpitaux de Paris.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. BOURNEVILLE. Visite et représentation de malades le samedi à 9 heures et demie très précise.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. A. LÉRI, chef du laboratoire, commencera un cours de clinique et d'anatomie pathologique des maladies du système nerveux le 12 septembre, à 2 heures, et le continuera trois fois par semaine.

Programme du cours : Sémiologie générale du système nerveux. Modes d'examen. Exposé symptomatique des différentes affections des centres nerveux (cerveau et mœlle) et des dystrophies (acromégalie, achondroplasie, myxœdème, etc.) avec présentation de malades. Examen ophtalmoscopique. Cyto-Diagnostic. Electro-Diagnostic. Exercices de Radioscopie clinique. Notions d'électrothérapie, de radiothérapie et de psychotérapie. Démonstrations d'Anatomie pathologique. Technique histologique du système nerveux. Les principales méthodes de coloration. Présentation de pièces et de coupes microscopiques. Le cours comprendra 20 leçons. Chaque leçon durera 2 heures. Les inscriptions sont reçues dès maintenant à Bicêtre, le lundi de 2 à 4 heures, ou par correspondance, le droit est de 80 francs.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU. — Pendant la période des vacances, M. MAUCLAIRE, agrégé, fera un cours de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu. Il commencera ce cours le mardi 26 juillet 1904, à 9 h. 1/2, et le continuera les vendredis et mardis suivants à la même heure.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE HÔTEL-DIEU. — MM. les Drs SCRINI et POULARD, chefs de clinique, et M. le Dr MONTHUS, chef de laboratoire, commenceront, le 1er septembre 1904, à 2 heures, à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel Dieu, un *cours de révision* avec conférences, examens cliniques, recherches de laboratoire et exercices de médecine opératoire. Le cours aura lieu tous les jours et durera environ trois semaines. Le droit à verser est de 50 fr.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

IMPRIMERIE DAIX FRERES, CLERMONT (OISE).
... spéciale pour publications périodiques médicales.

3e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XX. N° 34. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 20 AOUT 1904

Le Progrès Médical

CHIRURGIE PRATIQUE

—

Photomensuration des difformités ;

Par le Dr **Henri JUDET**
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

On sait quelle place, de jour en jour plus grande, la photographie occupe dans les investigations médicales. La plaque sensibilisée peut être assimilée à un observateur impartial et fidèle, susceptible d'enregistrer les phénomènes sans les déformer et dont le témoignage se conserve indéfiniment. Parmi les branches de la science médicale qui ont hautement bénéficié de la photographie, nous devons citer en première ligne la chirurgie orthopédique. Depuis que la photographie du squelette est devenue possible par l'emploi des rayons X, l'étude des difformités du système osseux a fait des progrès considérables au point de vue anatomo-pathologique et plus encore au point de vue clinique, en permettant des diagnostics d'une précision inconnue avant ce jour. De même que la radiographie donne des renseignements précieux sur la structure interne des difformités, de même la photographie à la lumière blanche est très favorable pour enregistrer leurs caractères morphologiques extérieurs.

Dans ce dernier ordre d'idées, nous espérons démontrer que la photographie est susceptible de fournir une méthode de mensuration capable de rendre les plus grands services. Nos essais ont porté sur les déviations vertébrales, aussi bien sur les inflexions latérales des scoliotiques que sur les gibbosités antéro-postérieures des pottiques. Nous avons pu nous rendre compte, par des examens répétés sur ces malades, qu'avec un simple appareil photographique et une plaque de verre réticulée, il est possible d'enregistrer et de mesurer les difformités thoraciques avec une précision plus grande qu'avec les appareils complexes et spéciaux qui ont été imaginés pour chacun de ces cas.

Nous prendrons pour exemple de démonstration les scolioses, parce qu'elles ont suggéré l'invention de nombreux instruments d'anthropométrie et parce qu'elles constituent, de même que le mal de Pott, le meilleur type de difformité justiciable de la photomensuration.

Le problème de la mensuration des déviations vertébrales a été abordé bien des fois ; il est essentiel, en effet, d'avoir un moyen pratique et exact permettant de se rendre compte des caractères primordiaux de la difformité avant tout traitement et des caractères acquis sous l'influence de la cure. Des mensurations successives et précises sont d'autant plus importantes que les résultats thérapeutiques s'obtiennent avec lenteur, lenteur si grande qu'elle a pu servir de prétexte à des observateurs impatients pour dénier toute influence au traitement. Cependant, tous les chirurgiens qui ont suivi des scolioses traitées rationnellement savent que les améliorations sont réelles ; mais on conçoit que pour convaincre les sceptiques il faudrait un procédé de mensuration irrécusable.

Quel que soit l'appareil employé, le chirurgien doit avant tout déterminer exactement la ligne des apophyses épineuses : il est bien évident, en effet, qu'aucun procédé de mensuration ne peut donner la vérité si l'on commet l'erreur initiale de mal repérer les saillies osseuses.

Par une palpation un peu attentive, il est facile de déterminer le trajet de la colonne vertébrale et de repérer chaque apophyse épineuse par un trait au crayon dermographique. Disons cependant que dans certaines scolioses extrêmement prononcées, les vertèbres les plus déviées peuvent aller en quelque sorte se dissimuler sous l'omoplate. En joignant les deux extrémités de la ligne sinueuse des apophyses, on détermine la corde de chaque arc et la flèche se déduit tout naturellement en abaissant une perpendiculaire du point le plus saillant de la courbe sur sa corde.

Cette ligne des cordes peut être considérée comme la ligne médiane de l'axe du dos, puisque la colonne vertébrale se distribue à droite et à gauche d'elle ; elle ne se confond pas avec la verticale chez la grande majorité des scoliotiques et l'angle qu'elle fait avec cette verticale mesure l'inclinaison générale de la colonne vertébrale, par rapport au fil à plomb. Comme le fait remarquer le professeur Kirmisson, si l'on mesure l'écartement de la courbure par rapport à la verticale, on obtient un chiffre plus fort que celui de la flèche, mais qui ne saurait être considéré comme exprimant la flèche géométrique de la courbure. C'est une confusion qui a été faite par certains auteurs, et qu'il faut éviter.

Mais poursuivons l'examen du dos de notre petite malade.

Par la palpation et le crayon dermographique, il est facile de dessiner l'omoplate sous forme d'un triangle représentant le bord interne, le bord externe et l'épine de l'os. Si de chaque angle inférieur de l'omoplate, on abaisse une perpendiculaire sur la ligne des cordes, on obtient ainsi la distance relative de l'extrémité inférieure de chaque omoplate à la ligne médiane ou axe du dos. Nous possédons de la sorte tous les éléments qui définissent la nature de la courbure et la position des omoplates. C'est tout ce graphique qu'il s'agit de reproduire exactement sur le papier. Nombreux sont les appareils imaginés dans ce but : leur énumération serait fastidieuse et nous dirons seulement que, d'une manière générale, ces instruments se divisent en deux grandes catégories : Ceux qui sont simplement mensurateurs, dont le type est l'appareil de Zander, et ceux qui sont à la fois mensurateurs et enregistreurs, tels que le scoliosomètre de Schulthess et le rachigraphe de Kirmisson. Nous avons essayé personnellement l'appareil de Zander, dont nous donnons ci-contre un dessin (fig. 4), pour mensurer le dos d'une vingtaine de malades. Sa complexité est grande, son prix élevé et son emploi difficile. La prise d'un graphique demande un temps minimum de 10 minutes à 1/4 d'heure ; l'enfant s'énerve, s'impatiente et se fatigue au milieu de tout cet attirail de tiges et de pointes menaçantes dirigées vers son thorax. Au bout de quelques instants, il cesse de garder l'immobilité, contracte presque fatalement les muscles du dos et du cou, ce qui modifie la position des omoplates et l'aspect même de la déviation.



Fig. 4. — Appareil mensurateur de Zander.

Nous donnons ci-contre (fig. 5) le résultat graphique obtenu par l'usage de cet appareil : il est difficile de lui attribuer une signification autre que celle d'un dessin schématique coté. Les appareils enregistreurs mensurateurs tels que ceux de Schulthess et ceux de Kirmisson nous paraissent constituer des instruments d'une valeur plus grande en ce qu'ils permettent d'effectuer en même temps le graphique et la mensuration.

Mais l'appareil Schulthess est si complexe que son emploi se limitera forcément à quelques Instituts spéciaux.

Le rachigraphe de Demeny-Kirmisson a l'avantage d'être plus simple et d'un prix plus modique. Son organe essentiel est un pantographe qui permet de suivre exactement le tracé des apophyses épineuses et de l'inscrire (réduit de moitié) sur une feuille de papier fixée au montant de l'appareil. Ce rachigraphe renseigne exclusivement sur les courbures latérales et les courbures antéro-postérieures du rachis.

Photomensuration. — La photographie est capable, croyons-nous, d'enregistrer en même temps que toutes les particularités de la déviation vertébrale, la position asymétrique des omoplates et des épaules, l'attitude penchée de la tête, la taille du sujet, l'inégalité des hanches et des triangles brachio-thoraciques, tous éléments qui doivent intervenir dans une mensuration complète.

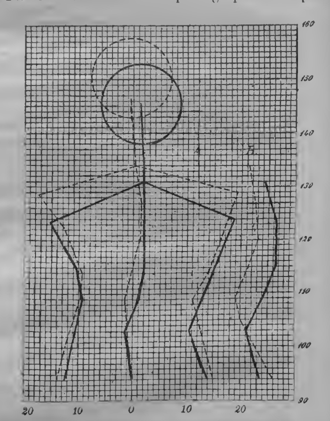


Fig. 5. — Graphique obtenu avec l'appareil Zander. Les traits pointillés représentent la silhouette après le traitement.

La méthode que nous préconisons repose exclusivement sur l'emploi combiné de la photographie et des réseaux gradués.

Dans les premières tentatives que nous avons faites, nous avons fait photograghier le dos de la malade *a travers un grillage mensurateur*. Que l'on imagine deux toises verticales graduées en centimètres et réunies en portique par traverse horizontale également graduée. Un système de fils métalliques noirs s'entrecroisant à angle droit divise ce cadre en une série de carrés égaux ayant chacun 5 cm. de côté. La ligne médiane est re-

présentée par un fil plus gros à l'effet de servir de repère.

La petite malade, dont la colonne vertébrale et les omoplates ont été au préalable dessinées au crayon dermographique, vient s'adosser très légèrement au réseau grillagé. Rien n'est plus facile que de faire coïncider un point fixe du squelette pris en dehors de la difformité, par exemple la crête du sacrum avec la ligne médiane verticale du cadre.

Cette méthode du réseau mensurateur est simple et donne de bons résultats. Des recherches bibliographiques nous ont montré ultérieurement que la paternité de cette idée appartient à Œhler (1).

La méthode d'Œhler donne d'excellents résultats lorsqu'il s'agit de photographier des sujets debout, le dos placé contre l'appareil.

Malheureusement, lorsqu'il s'agit de photographier le petit malade de profil pour mesurer des déviations antéro-postérieures ou en attitude fléchie pour apprécier les voussures thoraciques, on se heurte à une difficulté de mise au point de l'appareil tenant à ce que la difformité est, sur un plan sensiblement plus éloigné que le réseau mensurateur, aussi se trouve-t-on obligé de sacrifier la netteté de l'image ; soit du réseau, soit de la difformité. Ce sont des difficultés de cet ordre, qui nous ont conduit à perfectionner la méthode de la photomensuration et à en faire un procédé vraiment pratique et à la portée de tous les praticiens, et ils sont nombreux, possédant quelques notions de photographie.

Procédé du réticule gradué.

Dans une deuxième série d'essais, nous avons remplacé le grand réseau mensurateur précédemment décrit par un simple réticule gravé sur une plaque de verre ayant les dimensions d'une plaque photographique 30-40. La glace quadrillée dont nous nous sommes servis est en verre ordinaire ; elle présente sur l'une des faces deux séries de traits gravés en noir, les uns horizontaux, les autres verticaux, de telle sorte que sa surface est divisée en carrés de 5 mm. de côté (2). Ce réticule en verre est placé dans le châssis négatif devant la pellicule sensible. Si avec une pellicule ainsi disposée on photographiait un dos déformé sur lequel les arêtes squelettiques auraient été dessinées au préalable, nous obtiendrions une image identique à celle formée par le grand réseau mensurateur.

Une toise placée à côté du malade et photographiée en même temps que lui indique l'*échelle vraie* de l'image photographique. En mesurant la distance D de l'objectif au sujet, on pourra ultérieurement obtenir les autres photographies à la même échelle. La comparaison avec une 2e photographie prise dans la même attitude quelques mois plus tard sera très facile grâce au réticule, si l'on prend soin de faire le tirage à la même distance D de l'objectif et du sujet.

Une autre condition très favorable pour comparer deux photographies successives serait de pouvoir faire coïncider au moment de la mise au point une ligne *fixe* du squelette (par exemple la crête du sacrum) avec une même ligne du réticule. Il en résulterait que chaque image aurait la même orientation par rapport au réticule mensurateur.

Malheureusement dans la pratique il est difficile, pour ne pas dire impossible, au moment de la mise au point, de réaliser cette condition. Force nous a été de modifier une fois de plus notre technique. C'est alors que nous avons imaginé la photomensuration en deux temps que nous considérons comme un procédé de choix.

Photomensuration en deux temps (procédé de choix). — *Dans un premier temps* on fait une photographie de la difformité à une échelle déterminée.

Dans le second temps on procède à la mensuration de cette image, et ce, très simplement, grâce à l'artifice suivant.

Imaginons que dans le châssis positif, nous disposions

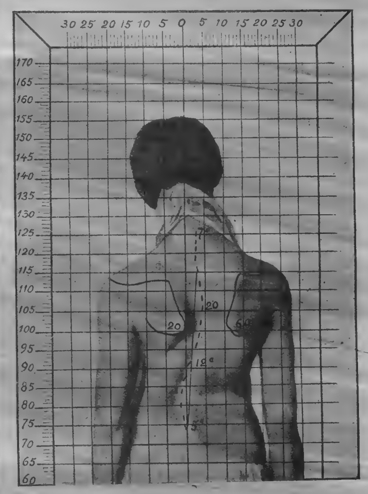


Fig. 6. — Photographie d'un dos déformé à travers un grillage métallique gradué.

devant le cliché négatif la glace réticulée qui nous a servi tout à l'heure. La lumière, en traversant la glace quadrillée, va filtrer à travers les mailles du réseau qui se trouvera de la sorte projeté en vraie grandeur sur le papier sensible. Nous obtiendrons de la sorte, sur papier l'image de la difformité (à une échelle connue) inscrite dans les carrés du réseau mensurateur.

Tel est le principe de la méthode ; nous allons exposer brièvement les précautions qu'il faut prendre pour que le procédé donne des résultats exacts.

Qu'il s'agisse d'une déviation latérale (scoliose), d'une déviation angulaire (mal de Pott), les règles à suivre sont absolument les mêmes.

Pour les scolioses, après avoir dessiné le squelette, on photographie successivement le malade de dos, de profil et

(1) Photographische Messung du Scoliose, *Zeit f. orth Chir.* (Bd. II, p. 169.

(2) L'emploi des glaces quadrillées est d'ailleurs courant dans l'industrie pour la photogravure, avec cette différence que le réseau est beaucoup plus fin et qu'il y a jusqu'à 60 lignes au centimètre.

en attitude fléchie. Pour les maux de Pott la photographie de profil est suffisante, le point important est qu'à 2, 3, 4, 6 mois de distance on puisse faire poser le malade dans des attitudes comparables.

Nous avons fait construire un appareil très simple qui permet de remplir cette condition : C'est une simple planchette rectangulaire posée horizontalement sur le sol et supportant une toise verticale. La malade se place sur la planchette, les pieds dans des attitudes définies par des lignes de repère.

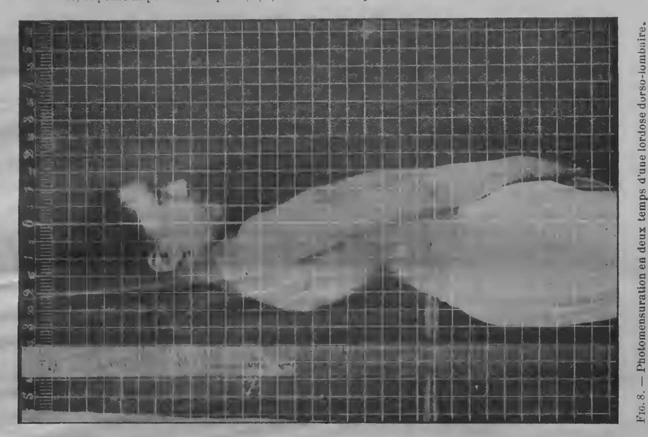


Fig. 8. — Photomensuration en deux temps d'une lordose dorso-lombaire.

La toise verticale sert à un double usage : photographiée en même temps que le sujet elle donne l'échelle de l'image, et c'est là son utilité principale.

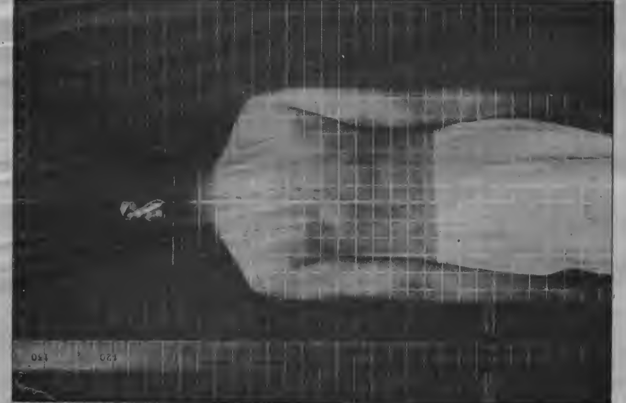


Fig. 7. — Photomensuration en deux temps. Image obtenue en plaçant une plaque de verre réticulée devant le cliché négatif.

De plus le montant de bois que supporte la toise est percé d'orifices horizontaux situés à divers hauteurs et qui donnent passage à une tige en bois graduée que l'on place à divers

niveaux N. L'extrémité de cette barre horizontale fournit au sujet un point d'appui qui assure la stabilité du sujet et dont la position est parfaitement définie par ses ordonnées. Pour les photographies de dos, le point d'appui est fourni par la région trochantérienne; pour les profils c'est la région sacrée. L'attitude fléchie du thorax est difficile à obtenir identique à elle-même ; elle est également assez difficile à garder. Cependant, elle est indispensable pour apprécier les voussures costales pathologiques. Nous avons obtenu une précision suffisante en calant la poitrine avec la tige horizontale qui devient ainsi un appui de hauteur réglable à volonté.

Les attitudes du sujet étant rendues comparables à elles-mêmes, il faut se préoccuper d'un autre élément : c'est la dimension de l'image.

Pour obtenir une photographie à l'échelle voulue, tou-



Fig. 9. — Photomensuration en deux temps d'un mal de Pott.

jours la même, nous avons fait tracer sur la glace dépolie de la chambre noire (viseur) un quadrillage au centimètre carré. Nos premières photographies de difformité étaient prises au 5e, nous faisions en sorte à chaque tirage que l'image de 5 centimètres de la toise placée à côté du sujet vienne se faire sur 1cm. de la plaque dépolie. Cette manœuvre est assez délicate elle s'exécute une fois pour toutes ; on détermine ainsi la distance D qui sépare la toise de l'objectif. Toutes les images ultérieures prises à cette distance seront à une échelle constante et définie. Pour procéder rapidement, nous avons fait construire un support à coulisses très simple, qui permet de déplacer verticalement l'appareil photographique sans faire varier D.

Nous avons reconnu dans la suite qu'il valait beaucoup mieux pour la précision de la méthode faire de très grandes photographies. Nous conseillons de prendre des images à mi-grandeur avec un appareil 30-40.

Tirage des épreuves sur papier.

On procède comme pour une photographie ordinaire mais en plaçant devant le négatif la plaque réticulée *réseau contre verre.*

Il est facile, on le conçoit, au moment où l'on dispose la glace quadrillée sur le négatif, de faire coïncider un repère osseux avec une ligne déterminée du réticule. Pour les scolioses vues de dos, nous avons pour habitude de prendre comme repère la crête du sacrum que nous dessinons d'un coup vigoureux au crayon dermographique. Cette ligne reste invariable, en dépit d'une évolution progressive de la difformité : elle ne serait modifiée dans sa verticalité que s'il venait à se produire des différences de longueur ou d'attitude du côté des membres inférieurs (scoliose statique). Pour les photographies de profil, il est commode de faire coïncider une ligne du réticule avec le bord vertical de la toise.

La crête sacrée se marque dans nos clichés négatifs sous forme d'une barre verticale : au moment où nous disposons la plaque réticulée dans le châssis, il est facile par de petits mouvements de glissement d'amener la ligne médiane du réticule à coïncider avec la ligne sacrée. On conçoit que la comparaison de deux épreuves positives ainsi obtenues à 2, 4, 6 mois de distance, sera rigoureuse parce que deux conditions essentielles auront été remplies:

1° Tirage des deux épreuves à la même échelle (distance invariable du sujet à l'objectif).

2° Détermination d'une ligne osseuse prise en dehors de la difformité et qui servira ultérieurement à donner à chaque image une même orientation identique par rapport au réticule mensurateur.

On voudra bien reconnaître que le procédé est simple, exact et qu'il a l'avantage de parler aux yeux beaucoup plus que les graphiques pris avec les appareils anthropométriques généralement adoptés.

Une idée qui fait son chemin.

Le *Monde Illustré*, reprenant une idée exposée par le *Progrès Médical* dès le début de la guerre russo-japonaise, dit :

« On envoie des missions militaires pour suivre les phases de la guerre, enregistrer les progrès de la tactique moderne, chercher quelles modifications il y aurait à introduire éventuellement pour la construction des travaux de défense, l'utilisation de la cavalerie, le groupement de l'artillerie ; n'y aurait-il pas lieu d'y adjoindre une délégation de chirurgiens militaires qui étudieraient de leur côté quelles sont les conditions les plus pratiques de secours aux blessés, comment doivent être installés les hôpitaux de campagne et de quelle façon il faut s'y prendre pour réduire au minimum les conséquences désastreuses des guerres ? On fait la plus large place aux missions qui étudient le moyen de tuer le plus d'hommes à la fois : ne serait-il pas humain d'en réserver une petite à celles qui auraient pour but d'en sauver éventuellement le plus possible ? »

L'idée émise par le *Progrès Médical* fait son chemin, mais il est à craindre qu'elle ne soit sur le point d'être réalisée que lorsque les hostilités seront terminées.

*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'Ankylostomasie au Congrès d'Amsterdam.

Une des questions les plus importantes discutées au Congrès socialiste d'Amsterdam est celle de la « Maladie du Ver » ou Ankylostomasie.

Depuis fort longtemps on observait chez les mineurs des symptômes d'anémie grave que l'on s'accordait à attribuer aux émanations de gaz délétères.

Hoffinger, dès 1785, en Hongrie, et Hallé, en 1803, en France, chez les mineurs d'Anzin, avaient observé et décrit avec soin cette anémie des mineurs. Ce ne fut qu'en 1878, que Graziadei, à Turin, découvrit la cause de cette affection. En faisant à la Clinique de Bosolo l'autopsie d'un mineur atteint, au cours des travaux de percement du Saint-Gothard, de la maladie que l'on appelait l'*anémie du tunnel*, il trouva dans le duodénum, l'ankylostome. Perroncito vérifia la présence du parasite chez les ouvriers du Saint-Gothard, puis chez les mineurs de Saint-Etienne, et depuis, la même constatation fut faite à Valenciennes, en Sardaigne, à Commentry, à Schemnitz en Hongrie, à Liége, à Mons, à Aix-la-Chapelle, à Bonn, bref, un peu partout.

Certaines mines n'étaient pourtant pas infectées, les unes, comme les mines de sel de Wieliezka, en Galicie, ou celles de marcassite de Kermuitz, en Hongrie, à cause de la nature de leur sol et de la minéralisation de leurs eaux ; les autres, celles d'Angleterre, par exemple, sans doute à cause du souci de l'hygiène plus grand parmi les mineurs et des mesures de prophylaxie édictées par les pouvoirs publics.

L'*ankylostoma duodenalis*, cause indiscutable de l'anémie des mineurs, est cependant un parasite dont les méfaits sont connus depuis longtemps. Dubini, en 1838, l'avait découvert à l'hôpital de Milan, et prétendait qu'il existait 20 fois sur 100 chez les ouvriers des rizières. On lui attribua, avec raison, les anémies pernicieuses d'Egypte, la chlorose des tropiques, on le signala en Islande, en Asie, au Japon, à Bornéo, à Zanzibar, au Sénégal, aux Etats-Unis, aux Antilles, au Brésil, au Pérou et en Bolivie. La présence de cet helminthe dans la première partie de l'intestin grêle dont il ulcère la muqueuse en s'y fixant, a été reconnue cause indiscutable d'une foule de maladies désignées sous les noms de : maladie du ver, d'anémie des mineurs, du tunnel, des rizières, des tuiliers, de chlorose intertropicale, de chlorose d'Egypte, de cachexie aqueuse, de mal d'estomac des nègres, de tun-tun, d'opilatio, de cauçaço, etc., affections qui, à l'heure actuelle, sont groupées sous le nom d'ankylostomasie.

Jusqu'à ces dernières années, cette maladie, qui a pris, au moins en France et en Europe Centrale, un développement considérable, n'avait excité l'intérêt que de quelques médecins. Le danger devint tellement grand en Belgique, qu'en 1896, puis en 1898, la Commission médicale de Liége s'occupa sérieusement de la question, qu'une loi du 2 juillet 1899 autorisa le gouvernement belge à assurer la salubrité des houillères, qu'un décret, en août 1899, édicta les mesures à prendre, tout ceci grâce à l'initiative du docteur Barbier, président de la Commission de Liège. Mais toutes les mesures restèrent à l'état de projet, et, sauf une discussion au Congrès international d'hygiène, en 1903, qui mit au grand jour le développement croissant de cette infection à Liége, à Mons et à Charleroi, aucune mesure prophylactique sérieuse ne fut prise en Belgique.

En Allemagne, où le bassin de Westphalie est plus particulièrement contaminé, une ordonnance de mars 1900 et un règlement de juillet 1903 prescrivent quelques mesures d'hygiène. En France, le mal va en croissant et les pouvoirs publics sont désarmés car, chose étrange, la loi sur l'hygiène du 12 juin 1893, la loi du 15 février 1902 et celle du 22 juillet 1903, qui complètent celle de 1893, ne visent en rien l'hygiène des mines. Cependant un projet de loi Basly, tendant à remédier sur ce point aux lacunes regrettables de notre législation sanitaire, a été récemment déposé à la Chambre. Dans un rapport très documenté, le député du Pas-de-Calais, Lamendin, a traité au Congrès d'Amsterdam cette question sous toutes ses faces. Et plusieurs délégués de divers pays sont venus montrer le mal redoutable croissant dans de terribles proportions. Dans le bassin de la Rühr, en Allemagne, s'il faut en croire le délégué Hüseman, 60 % des ouvriers seraient atteints sur un total de 265.000 mineurs. Il est donc indispensable de secouer l'indifférence des compagnies minières et de réclamer avec instance l'intervention des gouvernements.

Il serait cependant facile d'enrayer le mal, car la prophylaxie de l'ankylostomasie est simple. On sait que cet helminthe dangereux se propage par ses œufs qui, rendus avec les matières fécales, se mélangent aux poussières et souillent les eaux alimentaires. Il suffirait de faire régulièrement des enquêtes pour découvrir à temps les foyers de mines contaminées et dès qu'on se serait aperçu de la présence, dans les selles des ouvriers, des œufs de l'ankylostome, de prendre les mesures assez faciles en somme pour éviter l'infection des mines par les matières fécales.

L'intervention du Congrès socialiste dans cette question d'hygiène industrielle est pour nous d'un heureux présage. Elle démontre qu'à mesure que l'instruction se répand dans le monde des travailleurs, le sens pratique se développe. Les Congrès socialistes ne se bornent plus à des discussions théoriques sur la constitution d'une société nouvelle dont la réalisation peut être lointaine et hypothétique, ils abordent les questions dont la solution peut être immédiate, où ils ne peuvent rencontrer d'autres obstacles que l'indifférence ou la mauvaise volonté, qui deviennent alors réellement criminelles.

Les réformes d'hygiène industrielle sont, pour les congrès et sociétés ouvriers, une plate-forme solide sur laquelle ils ont raison de s'établir. Ils ont le droit de demander, d'exiger même la protection des pouvoirs publics contre l'ankylostomasie, la tuberculose, le saturnisme, l'intoxication phosphorée. L'Etat a le devoir d'imposer aux industriels des mesures prophylactiques et s'il méconnaissait ce devoir, on serait en droit d'affirmer que le prolétariat ouvrier de notre époque est plus cruel et plus barbare que le servage médical ou l'esclavage antique, car, tout en laissant à l'ouvrier l'illusion hypocrite de la liberté, il le condamne réellement à la maladie inévitable et à la mort prématurée.

J. NOIR.

LEGS AU MUSÉUM. — Le directeur du Muséum d'histoire naturelle vient d'être autorisé à accepter, au nom de cet établissement, la donation faite par M. Durand : 1° D'une collection d'herbiers et d'une bibliothèque botanique ; 2° D'une somme de 5,000 francs destinée au payement des frais de transport et d'installation des dites collections ; 3° D'une somme de 50,000 francs destinée à l'achat d'un titre de rente 3 0/0 sur l'Etat pour les arrérages être affectés à l'entretien des herbiers et à l'achat de plantes et de livres de botanique.

CONGRÈS FRANÇAIS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Quatorzième session tenue à Pau du 1er au 7 août 1904.

—

Le mercredi 3 août, les Congressistes ont visité l'Asile Saint Luc qui est l'Asile départemental des aliénés pour les Basses-Pyrénées. Cet asile est situé environ à 3 kilomètres de Pau sur la grande route de Tarbes : il est vaste, bien entouré de prairies et de champs de culture. L'asile est fort bien entretenu et mis au courant des acquisitions les plus récentes en matière d'hygiène, l'infirmerie surtout avec ses salles claires, dallées, aux peintures lavables, avec ses salles de bains, etc., a valu au Dr Girma, médecin-directeur de Saint-Luc toutes les félicitations des visiteurs.

Ces félicitations se sont justement renouvelées au moment des toasts qui terminèrent le banquet offert aux congressistes par le conseil général des Basses-Pyrénées. D'abord le préfet, M. Gilbert, souhaite la bienvenue à tous les congressistes français et étrangers ; le Dr Valéry-Meunier, président de la commission de surveillance de l'asile Saint-Luc, insiste à bon droit sur la prospérité de l'asile d'aliénés du département des Basses-Pyrénées : 900 malades sont entretenus et soignés dans les meilleures conditions hygiéniques ; le chiffre de la mortalité y est extrêmement réduit et celui des guérisons se montre assez considérable. Tous ces résultats, l'asile les a obtenus avec ses seules ressources, grâce à la bonne administration de son directeur-médecin, le Dr Girma : fondé avec un capital de 300 000 francs, l'asile représente maintenant une valeur de deux millions ; l'inspecteur général des asiles, Dr Drouineau, délégué du ministre de l'intérieur, insiste à nouveau sur l'œuvre féconde qui peut résulter de l'union entre les conseils généraux et l'administration des asiles publics d'aliénés ; M. Brissaud, président du congrès, montre le progrès accompli en matière d'assistance des aliénés ; à la fin du dix-huitième siècle, il était de bon ton, parmi les élégantes parisiennes, d'aller voir les fous de la Salpêtrière. Aujourd'hui aussi des dames sont venues dans la demeure des aliénés, mais elles n'ont fait qu'y accompagner ceux des leurs qui venaient y travailler à l'amélioration du sort des malades ; d'ailleurs elles n'auraient pu voir à Saint-Luc aucun de ces instruments de torture, de ces barreaux, de ces chaînes qui faisaient l'odieux intérêt pittoresque d'une visite à la Salpêtrière il y a plus d'un siècle ; à Saint-Luc, il reste encore une camisole de force, mais c'est le Dr Girma qui la garde dans son bureau, comme souvenir anachronique et inutilisé. MM. Crocq, Giraud, Doutrebente, portent également des toasts applaudis.

Puis, après la photographie d'ensemble des membres du Congrès, on se rend au travail au milieu de la prairie ombragée qui borde l'asile, fuyant la chaleur de la salle préparée pour la séance d'après-midi. Seuls, les membres du bureau et quelques membres de la presse ont une table et des chaises ; la majorité des Congressistes s'assied sans façon dans l'herbe. Mais, en ce cadre inattendu et pittoresque sous le beau ciel du midi, avec au loin le clair profil estompé et bleuâtre des Pyrénées lointaines, le travail apparait engageant et facile : les communications sont écoutées attentivement et très sérieusement discutées. Avec les intéressantes observations présentées par MM. Doutrebente et Marchand (de Blois), Taty et Giraud (de Lyon), une première discussion s'engage sur l'étiologie de la paralysie générale, à l'occasion de la statistique de M. Coulonjou (d'Alençon) : le sujet n'est pas nouveau, mais les partisans de la civilisation ou de la syphilisation viennent affirmer leur foi adverse. Puis voici que M. Cruchet (de Bordeaux) vient remettre en question toute la théorie des tics, si nettement établie par Brissaud et Meige, au Congrès de Grenoble en 1902. En l'absence de son maître, M. Pitres, M. Cruchet se trouve écrasé non pas tant par le nombre de ses contradicteurs que par la valeur des arguments opposés ; tour à tour MM. Meige et Brissaud disent la distinction fondamentale entre le *tic*, phénomène psychique, cortical, aux caractères cliniques si particuliers et le spasme, phénomène organique, si différent d'allures.

C'est le propre de la science de restreindre progressivement le sens des mots qu'elle emploie : M. Brissaud adjure éloquemment ses adversaires d'accepter le progrès réalisé sur cette question très limitée des tics. Enfin M. Cullerre (de la Roche-sur-Yon) vient rapporter des observations très détaillées concernant les troubles moteurs (rétractions, amyotrophies, contractures, etc.) qui surviennent au cours de psychoses. Ces observations font tout de suite penser à la forme catatonique de la démence précoce, où ces troubles musculaires s'observent avec une fréquence tout à fait caractéristique. M. Deny, le rapporteur des démences vésaniques et le champion déclaré de la démence précoce, ne manque pas de venir rappeler ces faits, décrits par Kohlbmann dès 1874, comme des symptômes d'ordre exclusivement musculaire, mais justement considérés par Kraepelin comme des phénomènes corticaux. Les faits observés par M. Cullerre confirment très heureusement la conception de Kraepelin.

Le jeudi 4 août 1904, le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes a tenu séance à Lourdes. Sans insister sur l'opportunité du lieu choisi, étant donnée la spécialisation des congressistes, il faut bien faire remarquer qu'il s'agissait là surtout d'une superbe excursion en un très beau pays. Ceci ne veut pas dire qu'il n'y aurait pas grand intérêt à mener sur lieu l'étude psycho-névropathique de tous les difformes et débiles qui sollicitaient le flair clinique de chaque congressiste, au coin des places ou des rues de cet immense caravansérail des candidats au miracle. Mais les conditions nécessaires à cette étude seraient bien difficiles à réunir ; et c'est en simples curieux que ces médecins aliénistes et neurologistes virent, le soir venu, s'égrener avec art, par les pelouses et escaliers de la basilique, la longue théorie lumineuse des pélerins du diocese de Limoges. Au sommet du pic du Grand Jer (1000 mètres environ), dont l'ascension est singulièrement facilitée par un funiculaire, un déjeuner champêtre précède les communications consacrées à la neurologie : M. Claparède (de Genève), puis M. Schnyder (de Berne), nous entretiennent tour à tour du sens musculaire et de la suggestibilité des neurasthéniques. M. Crocq dit l'intérêt qu'il y a à étudier tous ces *phénomènes d'habitude* sur lesquels M. Brissaud, l'an dernier, appela l'attention à Bruxelles. Puis le même auteur vient affirmer le contrôle positif qu'il a pratiqué de l'étonnant procédé de Mac Conaghey, d'Edimbourg : pour faire cesser la crise d'un épileptique, il suffirait de le coucher sur le côté gauche ! L'essai assurément n'en coûte rien. M. Foveau de Courmelles dit les mérites du radium en therapeutique nerveuse.

***

La question d'assistance, dont M. Kéraval était le rapporteur, presentait un intérêt tout particulier, qui justifiait la présence, parmi les congressistes, de MM. Drouineau et Pelletier, représentants du Ministre de l'Intérieur et du Préfet de la Seine, et venus pour entendre la discussion *sur les mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels.* Le rapporteur avait dejà consciencieusement exposé les différentes doctrines, mais leurs représentants ont tenu à dire eux-mêmes leurs convictions adverses, et nous avons retrouvé les deux opinions déjà tant de fois exprimées : les uns, MM. Colin, Pactet, etc., veulent qu'on écarte toute sentimentalité de la question des aliénés criminels ; une seule chose est à considérer, ce sont les actes commis et ceux qui peuvent l'être par la suite ; la societé a le devoir de se défendre par des mesures toutes particulières contre des aliénés très differents des autres ; il faut construire un *Asile spécial.* D'autres, au contraire, MM Doutrebente, Rey, Parant, etc., disent le danger et les inconvénients de ces mesures spéciales ; ils se rallient à l'opinion de M. Kéraval, demandant qu'on utilise d'abord toutes les ressources de la loi de 1838 et qu'avant de prendre quelque mesure hâtive, on expérimente ce qu'on a déjà, à savoir l'établissement de Gaillon. On vote : la majorite est en faveur de l'intervention du pouvoir judiciaire ; l'unanimité ne se retrouve que pour

demander le désencombrement des asiles, l'augmentation du personnel médical et infirmier, etc.

Cette longue et laborieuse discussion du rapport Kéraval a empiété presque sur la séance de l'après-midi, terminée par d'intéressantes communications, consacrées à la neurologie, de MM. Brissaud et Brécy, André Léri, Oberthur et Sicard, Cabannes, etc.

La soirée de ce même jour comportait la réception des congressistes au Palais d'Hiver par la Société de médecine de Pau, dont le président Brissaud est depuis longtemps le membre associé. Auparavant, M. Sano projeta des schémas et coupes fort intéressantes extraites de son rapport sur les localisations médullaires; M. Deny fit défiler les poses et attitudes stéréotypées les plus curieuses de ses *déments précoces*; M. Henry Meige nous retraça la longue histoire artistique des *Pierres de tête*; MM. Ph. Tissié et Bérillon nous vantèrent les résultats de l'éducation physique et de la méthode hypnagogique.

* * *

Dans la petite salle de l'humble hôtel de ville de Lonvie se tint, le samedi 5 août, la dernière séance du Congrès : MM. Lannois, H. Meige, Dupré, Royet, etc., dirent leurs observations. Puis, au bord du Gave d'Ossau, dans les arbres, le Président Brissaud groupa sympathiquement par petites tables tous les congressistes conviés par lui en un charmant déjeuner champêtre. D'Iseste, lieu du déjeuner, à Eaux-Chaudes et à Eaux-Bonnes; d'Eaux-Bonnes à Argelès, par le col d'Aubisque, telles furent les dernières et merveilleuses étapes du Congrès, officiellement terminé au déjeuner qu'offrait le dimanche l'Institut physico-thérapeutique d'Argelès, mais officieusement poursuivi par petits groupes vers Cauterets ou Gavarnie, vers Bayonne et la côte basque.

Pierre Roy.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Traumatisme et Délire alcoolique ;

Par M. le Dr H. Mabille (Lafond, Charente-Inférieure).

M. Mabille, rappelant les travaux antérieurs de Dupuytren, Leveillé, Lasègue, Mesnet, Voisin, Magnan, Motet, Peronne, Réspaut et Gabriel, relate trois cas *de réveil* de délire alcoolique, deux dus à un choc traumatique physique, l'autre attribué à un choc moral. Chez les trois malades le délire alcoolique ne s'est développé que plusieurs jours après le trauma et la privation de tout liquide alcoolique. Le troisième cas tout particulièrement s'est produit à la prison de La Rochelle chez un buveur de profession *six jours* après l'incarcération. Tout en admettant que l'organisme s'accommode à l'agent toxique et que cette accommodation puisse être troublée par une cause physique ou morale qui vient rompre l'équilibre physiologique du buveur toujours « *en puissance d'alcoolisme* », M. Mabille estime qu'il faut tenir compte plus qu'on ne le fait d'habitude de la *suppression brusque* des boissons alcooliques chez les buveurs de profession. Il se produirait dans ce cas un phénomène analogue à celui qu'on observe à la suite de la privation brusque de la morphine, chez les morphinomanes, parfois même du chloral chez ceux qui en font l'abus. M. Mabille croit qu'il conviendrait, en aliénation mentale, de ne pas trop négliger ce facteur étiologique tant au point de vue pathogénique qu'au point de vue thérapeutique.

Les aliénés criminels ;

Par M. Parant (de Toulouse).

La dénomination d'aliénés criminels est des plus déplorables. Elle assemble deux mots qui ne devraient pas se trouver réunis, et elle est de nature à entretenir les opinions fausses qui ont cours sur l'internement des aliénés, que la plupart des gens, au lieu d'y voir une simple hospitalisation, sont portés plutôt à considérer comme un emprisonnement. Les aliénistes devraient éviter avec soin de réunir ces deux mots ensemble. Il est inutile, préjudiciable même au bien moral des aliénés, de créer des asiles spéciaux pour ceux qui ont pu commettre des actes réputés crimes ou délits. Pour les déments de toute catégorie, cela est absolument inutile ; pour les autres, et comme corollaire des considérations énoncées à propos de la dénomination d'aliénés criminels, on les expose à être considérés comme des prisonniers de droit commun, ce qui sera pour eux une flétrissure injuste, et l'on en viendra peut-être à dire ainsi d'un aliéné qu'il a été condamné à la détention dans un Asile. Il suffirait, pour les plus difficiles de ces aliénés, aussi bien que pour certains aliénés persécuteurs, raisonnants, impulsifs, imbéciles, qui sont susceptibles de troubler le bon ordre d'un Asile et d'être fort désagréables aux autres malades, de créer pour eux des quartiers tout spéciaux, dut-on même les isoler entièrement. L'intervention de l'autorité judiciaire dans le placement et la maintenue des aliénés n'est point désirable. Non seulement elle n'augmentera pas les garanties que présente l'intervention de l'autorité administrative, mais plutôt elle contribuera, comme les mesures précédentes, à assimiler les aliénés à des délinquants, à des criminels, ce qui sera souverainement déplorable.

Le Climat de Pau et les nerveux ;

Par le Dr Crouzet (de Trespoey).

L'auteur traite de l'action sédative du climat de Pau et montre que cette action est bienfaisante non seulement dans les formes congestives de la tuberculose pulmonaire, mais encore dans les accidents nerveux qui peuvent survenir au début de cette maladie. D'autre part cette influence sédative facilite de beaucoup le traitement des formes ordinaires de la neurasthénie ; enfin elle est un puissant calmant dans un certain nombre d'autres affections nerveuses.

Le phénomène plantaire combiné. Etude de la réflectivité dans l'Hystérie ;

Par M. Crocq (de Bruxelles).

L'examen des réflexes est considéré comme peu important dans le diagnostic de l'hystérie; l'abolition du réflexe pharyngien, que l'on considérait comme presque pathognomonique de cette névrose, est actuellement considéré comme un facteur banal. Après avoir rappelé l'état de nos connaissances actuelles sur les *réflexes plantaires normaux* (*réflexe en flexion ou réflexe plantaire cortical* ; *réflexe du fascia lata* (Brissaud) *ou réflexe plantaire médullaire ; réflexe plantaire défensif*) et les *réflexes plantaires pathologiques* (*phénomène des orteils de* Babinski, *abduction des orteils ou signe de l'éventail*), l'auteur arrive aux conclusions suivantes, basées sur l'examen minutieux de 100 cas d'hystérie, choisis parmi les plus typiques.

1° L'abolition du réflexe phayngien est fréquente dans l'hystérie (73 %) ; surtout fréquente dans les formes accompagnées d'anesthésies (81, 81 %), elle se montre un peu moins souvent dans les formes à accès (74,60 %), moins encore dans les paralysies et contractures (65, 38 %). Ce phénomène qui peut exister à l'état normal, constitue un facteur banal peu propre à établir le diagnostic d'hystérie ;

2° L'exagération des réflexes tendineux (79 %), plus fréquente que l'abolition du réflexe pharyngien, constitue un signe au moins aussi précieux que ce dernier pour établir le diagnostic. Très fréquente dans les formes à accès (84, 12 %), elle est moins constante que dans les paralysies et contractures (73,07 %), moins encore dans les anesthésies (63,63 %). Son existence dans un grand nombre d'affections toxiques infectieuses et même à l'état normal ne lui permet cependant pas d'avoir une valeur pathognomonique ;

3° L'abolition de la sensibilité plantaire est fréquente dans l'hystérie, 42 % ; on la rencontre surtout dans les formes accompagnées d'anesthésies (63,63 %), puis viennent les paralysies et contractures (61,53 %) et enfin les accès (31,74 %). L'anesthésie plantaire, rare dans les autres névroses, constitue un symptôme digne de remarque ;

4° L'abolition simultanée du réflexe plantaire cortical ou réflexe en flexion et du réflexe plantaire médullaire ou réflexe du fascia lata est très fréquente (59 %) ; surtout marquée dans les formes avec anesthésie (72,72 %), elle se rencontre à peu près aussi souvent dans les paralysies et contractures (53,73 %), et dans les accès (57,14 %) ; Nous donnons à l'abo-

lition simultanée de ces deux réflexes le nom de *phénomène plantaire combiné*. Ces réflexes étant d'une constance remarquable à l'état normal leur abolition présente une importance très grande dans le diagnostic de l'hystérie. Aussi croyons-nous pouvoir considérer le phénomène plantaire combiné comme un signe spécial à l'hystérie ;

5° L'anesthésie plantaire n'est pas une condition *sine qua non* à l'existence du phénomène plantaire combiné ; elle existe souvent (57,72 %) en même temps que ce phénomène, mais ce dernier peut se montrer sans altération de la sensibilité (30,35 %) de même que l'anesthésie plantaire peut exister sans altération des réflexes (35,56 %) ;

6° Le réflexe plantaire profond est souvent exagéré dans l'hystérie (20 %) ; quelquefois il est normal (24 %), affaibli (16 %) ou même aboli (10 %) ; ses modifications ne sont pas parallèles à celles des deux autres réflexes plantaires normaux : si, en effet, son abolition s'accompagne toujours de celle des deux autres, le phénomène plantaire combiné s'est montré assez souvent avec la conservation (33.90 %) ou même avec l'exagération (22,03 %) du réflexe plantaire profond :

7° Le réflexe abdominal présente des variations inconstantes; le plus souvent normal (42 %), il peut être aboli (24 %), exagéré (20 %), ou affaibli (14 %) ;

8° Le clonus du pied n'est pas très rare dans l'hystérie (10 %); celui de la rotule est moins fréquent (5 %) ; celui du poignet n'a jamais existé dans nos cas. Surtout fréquent dans les formes accompagnées de paralysies et contractures (11,53 %), le clonus du pied est un peu moins commun dans les anesthésies (9,99 %) et dans les accès (9,52 %); tandis que celui de la rotule, également le plus fréquent dans les paralysies et contractures (11,53 %) est assez rare dans les accès (3,17 %) et nul dans les anesthésies ;

9° Nous n'avons jamais observé le vrai réflexe de Babinski en extension dans nos cas typiques d'hystérie ; au contraire nous avons noté dans 8 cas, soit 8 %, le *signe de l'éventail*. Nous croyons donc que ce dernier signe n'a pas une valeur clinique aussi importante que celle que l'on doit attribuer au réflexe des orteils en extension.

Forme clinique des tics unilatéraux de la face ;

Par M. Cruchet (de Bordeaux).

Les tics unilatéraux de la face peuvent se grouper sous trois grands ordres étiologiques principaux suivant qu'ils sont : *A) d'ordre réflexe douloureux* ou *non douloureux ; B) d'ordre organique paralytique* ou *non paralytique ; C) d'ordre professionnel*. L'auteur étudie successivement les cinq formes cliniques de ces tics unilatéraux et montre qu'à chacune d'elles correspondent des signes particuliers qui permettent d'en faire le diagnostic.

Le dispensaire anti-alcoolique de Paris et le traitement des buveurs d'habitude ;

Par le Dr Bérillon (de Paris).

Depuis quelques mois le traitement des alcooliques est entré dans une phase nouvelle. En Russie, les pouvoirs publics donnant au traitement par la suggestion hypnotique une consécration officielle ont provoqué sous le nom d'ambulances antialcooliques, des consultations où les sujets sont traités par l'hypnotisme. Ces consultations existent déjà à Saint-Pétersbourg, à Moscou, Ekaterinoslaw et dans plusieurs autres villes. Les municipalités ayant fait connaître par voie d'affiches officielles l'efficacité du traitement par la suggestion hypnotique, les consultations ont été immédiatement fréquentées par un grand nombre d'intéressés, Il convient de rappeler que c'est en France que ce mouvement a pris naissance. Personnellement, dans des communications antérieures, aux Congrès de Nancy (1897), Grenoble (1902), nous avons démontré que le traitement le plus efficace des habitudes d'alcoolisme consiste dans la rééducation de la volonté réalisée par un traitement psychologique. Les causes qui provoquent l'habitude de boire sont tres variées et la résistance des sujets à l'impulsion est très différente ; la cure du buveur doit donc reposer, avant tout, sur une étude de psychologie individuelle. Cette étude nécessite de la part du médecin traitant non seulement des connaissances psychologiques approfondies, mais aussi une compétence spéciale dans l'application de l'hypnotisme et de la suggestion. Jusqu'à ce jour, il était presque impossible à un buveur d'habitude de trouver en dehors de l'Asile d'aliénés les divers traitements et la direction morale nécessaires pour arriver à la guérison. Il en résultait que beaucoup de sujets bien intentionnés, ne pouvant interrompre leurs occupations professionnelles sans compromettre leur situation et celle de leur famille, renonçaient à toute tentative de traitement. C'est pour faciliter le traitement à une nombreuse catégorie de malades d'autant plus intéressants qu'ils sont conscients de la gravité de leur état et aussi qu'ils ne présentent pas encore de troubles mentaux accentués que le dispensaire anti-alcoolique de Paris a été créé. Bien qu'il existât depuis plusieurs années, l'inauguration en a été faite il y a quelques mois sous la présidence de M. Jules Voisin, médecin à la Salpêtrière, assisté de MM. les Docteurs Legrain médecin de Ville-Evrard, et Félix Regnault, professeur à l'Ecole de psychologie. Le traitement appliqué au dispensaire anti-alcoolique est à la fois psychologique et symptomatique. Il repose sur l'association de la suggestion hypnotique avec les divers procédés les plus capables de soutenir l'énergie du malade, de neutraliser les troubles fonctionnels et d'arriver à la rééducation de sa volonté.

Des stigmates anatomiques, physiologiques et psychiques de la dégénérescence chez l'animal, en particulier chez le cheval (étude clinique) ;

Par MM. Fernand Rudler, Médecin-major, et C. Chomel, Vétérinaire en 1er.

La dégénérescence est caractérisée chez l'animal, comme chez l'homme, par un ensemble de stigmates anatomiques, physiologiques et psychiques qui consistent dans des malformations, des troubles intellectuels, un état de déséquilibration particulier.

Stigmates physiques ou anatomiques. — Anomalies de volume et de forme du crâne et de la face ; signes fournis par les organes des sens, la bouche (asymétries dentaires), le tronc et les membres.

Stigmates physiologiques. — 1° Système nerveux, troubles de la motilité, de l'activité réflexe, de la sensibilité, troubles trophiques et vaso-moteurs ; 2° Troubles des fonctions génésiques ; 3° Troubles digestifs, aérophagie, météorisme, perversions digestives.

Stigmates psychiques se rapportant : 1° Aux troubles de la mimique ; 2° Aux actes impulsifs ; 3° A une hérédité nerveuse capitalisée ; 4° Aux troubles de la volonté et du caractère ; 5° Aux phobies et hallucinations. Cette énumération clinique suffit à établir l'identité entre les stigmates de dégénérescence du cheval et ceux que Morel et Magnan ont décrit chez l'homme. Ces signes n'acquièrent, chez le cheval comme chez l'homme, leur signification que par leur accumulation. Ils ont la même portée diagnostique et pronostique. Ils témoignent d'une infériorité individuelle de l'animal considéré en soi et au point de vue de la reproduction.

Remarques cliniques et thérapeutiques sur quelques tics de l'enfance ;

Par MM. Henry Meige et Feindel (de Paris).

A l'occasion de plusieurs cas de tics observés chez de jeunes sujets venus à la consultation de M. le Professeur Brissaud, à l'Hôtel-Dieu, les auteurs font un certain nombre de remarques relatives à la symptomatologie, à la pathogénie et au traitement des tics. 1° La *précipitation de la parole* est très fréquente chez les tiqueurs ; on observe chez eux tantôt du bredouillement, tantôt des arrêts brusques. La parenté des tics et des troubles du langage, tels que le bégaiement, n'est pas douteuse; elle a sa raison d'être dans un même état mental; les mêmes principes de *discipline psycho-motrice* sont applicables à ces différents troubles fonctionnels; 2° Il y a lieu de distinguer parmi les *troubles respiratoires* observés chez les tiqueurs ceux qui sont *primitifs* et ceux qui sont *secondaires*. Certains actes expirateurs brusques sont consécutifs aux tics des membres supérieurs ou du tronc; 3° Les *tics de frappement* (coups de poing ou coups de pied que le sujet se

donne à lui-même) sont des phénomènes de même ordre que les actes de *grattage*, de *morsure* (*onychophagie, cheilophagie*); ils ont pour point de départ une sensation anormale (démangeaison, petite douleur) que le sujet cherche à atténuer. L'acte moteur passe, par répétition, à l'état d'habitude, et continue à se produire, alors même que la sensation initiale n'existe plus. Les tics de ce genre peuvent être, à leur tour, l'origine de douleurs locales résultant des chocs réitérés. Bien que ces nouvelles sensations soient la conséquence même des mouvements nerveux, les sujets ont toujours tendance à croire l'inverse. Il importe de leur démontrer leur erreur ; 4° Contre la *cheilophagie* et contre l'*onychophagie*, on peut recommander l'emploi de la *vaseline quininée*, dont l'amertume est un excellent rappel à l'ordre ; 5° Il est notoire que la plupart des petits tics de l'enfance peuvent être corrigés par une surveillance attentive des parents. Mais la trop grande faiblesse de l'un ou de l'autre des parents rend souvent cette correction très difficile ; dans ces cas l'éloignement familial devient une nécessité absolue ; de même, si le tiqueur est particulièrement rétif aux observations ; 6° Les tiqueurs ne sont pas seulement exposés à des troubles de la fonction motrice. On observe souvent chez eux des *troubles fonctionnels viscéraux*. Chez les jeunes sujets une surveillance attentive des fonctions viscérales s'impose. On arrive à corriger des troubles des fonctions digestive, sécrétoire vaso-motrice en faisant fréquemment appel aux interventions du contrôle cortical. C'est par une éducation bien dirigée que se règle le sommeil, la faim, la miction, la défécation, etc., non seulement chez les nouveau-nés, mais chez les enfants les adolescents, et même les adultes. On doit donc envisager une *discipline psycho-motrice des muscles de la vie végétative*, et même une *discipline psycho-sécrétoire*.

Myotonie avec atrophie musculaire ;

Par M. Lannois (de Lyon).

Présentation des photographies d'un malade dont l'observation pourrait aussi bien être intitulée *Myopathie progressive avec hypertonie* que *Maladie de Thomsen fruste avec atrophie musculaire.* Il s'agit d'un malade ayant, depuis 4 ans, de l'atrophie musculaire à forme segmentaire (avant-bras et jambes) avec parésie marquée et steppage. Il a de l'abolition des réflexes rotuliens et une série de phénomènes qui font penser à une maladie de Thomsen limitée. S'il serre la main il ne peut plus ouvrir les doigts qu'avec lenteur ; il a la même peine à lâcher son verre, son couteau. Quand il descend de son lit, il a une contraction dans les fesses et les muscles postérieurs de la cuisse qui l'obligent à s'asseoir sous peine de tomber accroupi. Il a de la raideur pour les premiers mouvements de mastication, de la gêne pour la première sécrétion matinale. La réaction myotonique existe chez lui et l'examen biopsique d'un fragment de muscle montre les lésions typiques de l'atrophie musculaire. Des faits de ce genre ont été signalés par Hoffmann, Dana, Pelilzans, Kornhold, Bernardt, Nogués et Sirol, Rosolimo. Ils sont intéressants en raison de leur rareté et parce qu'ils établissent un lien entre les myopathies primitives et la maladie de Thomsen et constituent un bon argument en faveur de la nature myopathique de cette dernière.

L'éducation physique appliquée au traitement des maladies mentales ;

Par le docteur Philippe Tissié (de Bordeaux).

Après avoir obtenu des résultats heureux dans le traitement des tics d'origine psycho-motrice et dans celui d'enfants arriérés par une éducation physique thérapeutique appliquée ; après avoir observé les écoliers dans leurs manifestations intellectuelles, au cours de leurs études, M. Tissié a été amené à se demander si l'application de mouvements physiques d'après la nouvelle méthode psycho-dynamique ne pourrait pas rendre des services dans le traitement de quelques maladies mentales surtout chez les adolescents.

M. Tissié s'appuie sur les données suivantes : 1° La gymnastique doit être respiratoire ; 2° Le mouvement est de la pensée en action, la pensée est du mouvement en puissance ; 3° Le feuillet externe constitue les centres nerveux : cerveau et moelle épinière ; les organes sensoriels et la peau ; et par un repli, les poumons ; 4° Il existe un antagonisme absolu entre l'attention et la respiration *forcées* ; il faut en rechercher la cause dans la même origine du poumon et du cerveau : le feuillet externe ; 5° Chaque sujet naît avec un potentiel nerveux ; il peut l'élever par l'éducation ; ce potentiel va à la cellule nerveuse, pour la *cérébration* ; à la cellule musculaire, pour la *musculation* ; 6° La fatigue est en raison de l'abaissement du potentiel par l'acte accompli musculaire, intellectuel ou émotif. La fatigue par *cérébration* et la fatigue par *musculation* s'additionnent, elles ne se soustraient pas mutuellement ; 7° La volonté étant le passage du jugement à l'acte, et le jugement ne pouvant s'établir que par l'apport des mémoires-témoins, la valeur éducative d'un mouvement est en raison directe de celle des témoignages, c'est-à-dire des représentations psycho-motrices dont ce mouvement fixe l'empreinte dans les centres psychiques, d'où la nécessité de bien connaître la valeur de chaque groupe de mouvements physiques par rapport à ses fonctions thérapeutiques et à ses représentations motrices ; 8° Toute animalité qui se développe en vie fœtale dans un milieu resserré : utérus, coque d'œuf, extériorise la force par « *l'affirmation du moi* » dans le geste en *extension*, et la fatigue par *l'abaissement du moi* dans le geste en *flexion*. La raison de ces deux grands gestes est dans le développement du fœtus en flexion. Cette flexion impose une « gêne » musculaire aux fœtus. La détente de ses articulations constitue une impression opposée de « bien-être », d'où formation, dès la vie intra-utérine, de deux territoires psycho-moteurs de « gêne » et de « bien-être ». Toutes les impressions de même nature se dirigeront ensuite, automatiquement, dans le cours de la vie, vers chaque territoire qui leur est propre pour constituer les représentations « *douleur* » (fatigue) et *plaisir* (force). L'attitude fœtale est prise automatiquement en flexion dans la douleur et en extension dans le plaisir. La première pensée de l'enfant est son premier mouvement ; 9° L'art de tous les pays et de tous les temps a représenté la douleur en flexion et le plaisir en extension (voir le monument « *Aux Morts* » de Barthelomé ; la femme en attitude fœtale du premier plan est au maximum de la douleur) ; 10° Le retour à l'attitude fœtale en flexion est en raison directe : 1° du degré de civilisation ; 2° de l'âge ; 3° de l'émotivité, etc., et en raison inverse du pouvoir d'inhibition acquis par l'éducation. 11° La société doit protéger la mère depuis le moment de la fécondation jusqu'à celui de la délivrance.

La méthode hypno-pédagogique. Ses applications au traitement des habitudes vicieuses chez les enfants ;

Par le Dr Bérillon (de Paris).

La tendance aux impulsions vicieuses, anti-sociales, correspond chez l'enfant à l'absence du pouvoir modérateur désigné sous le nom de volonté d'arrêt. En général, l'éducation normale suffit pour créer la volonté d'arrêt. Mais il se présente des cas où les procédés habituels d'éducation se montrent insuffisants à réprimer les tendances impulsives. De là la nécessité de recourir à des procédés spéciaux de dressage. Nos recherches sur cette question nous ont amené à considérer la suggestion hypnotique comme la méthode la plus efficace pour réaliser la rééducation systématique de la volonté. Nous avons donné à notre méthode le nom de *Méthode hypno-pédagogique*, parce que l'emploi de l'hypnotisme en constitue l'élément fondamental. Il est, en effet, très intéressant de constater que les enfants indociles et insociables à l'état de veille, deviennent immédiatement malléables et éducables, dès qu'ils sont plongés dans l'état d'hypnotisme. Pour Magnan, les impulsions irrésistibles ont leur cause dans un état de déséquilibration de l'axe encéphalo-médullaire. Or, dans le sommeil normal, et encore plus dans le sommeil provoqué, l'équilibre des fonctions nerveuses tend à se rétablir. C'est probablement par cette action physiologique du sommeil qu'on peut expliquer l'influence curative de l'hypnotisme. L'emploi de la methode hypno-pédagogique repose sur les cinq principes suivants :

1° Etudier préalablement la suggestibilité naturelle du su-

jet, en un mot faire le diagnostic de la suggestibilité; 2° Provoquer l'état d'hypnotisme, ou tout au moins un état de passivité qui s'en rapproche ; 3° Le sujet étant dans l'état d'hypnose, lui imposer une direction morale par des suggestions impératives ; 4° Renforcer la suggestion verbale par des actions mécaniques, c'est-à-dire par une gymnastique spéciale destinée à contrarier les mouvements impulsifs. Les détails de la technique varient nécessairement selon la nature des impulsions ; 5° Après l'opération, procéder au réveil complet du sujet.

Les impulsions irrésistibles ou les habitudes vicieuses contre lesquelles l'emploi de la méthode hypno-pédagogique est indiqué sont : 1° la kleptomanie ; 2° l'onanisme ; 3° les aberrations et les perversions sexuelles ; 4° l'onychophagie ; 5° le mensonge ; 6° la paresse ; 7° les fugues et les impulsions au vagabondage ; 8° l'incontinence d'urine.

La méthode ne donne de bons résultats que chez les sujets doués d'un certain développement intellectuel. Elle n'est pas applicable aux idiots ni aux enfants atteints de débilité mentale accentuée. Nous considérons que dans l'application de la méthode hypno-pédagogique, ce n'est pas la suggestion, mais l'hypnotisme qui joue le rôle prépondérant. Les guérisons obtenues par cette méthode sont durables. Nous devons ajouter que la méthode hypno-pédagogique, utilisée par des médecins compétents, est d'une innocuité absolue et ne comporte aucun inconvénient pour le sujet soumis au traitement.

Documents figurés représentant d'anciennes pratiques chirurgicales contre les psychoses ;

Par M. Henry Meige (de Paris).

Un assez grand nombre de figurations artistiques, notamment dans les écoles flammandes et hollandaises, représentent des opérations chirurgicales sur la tête. M. Henry Meige a recueilli dans les différentes collections privées et publiques de l'Europe une trentaine d'images de ce genre dont il projette les reproductions. Parfois, il s'agit d'opérations simples, telles que des *saignées*, des *applications d'emplâtres*, destinées à soulager des *migraineux*, des *neurasthéniques*, etc., conformément à la thérapeutique de l'époque. Mais, le plus souvent, il s'agit d'une jonglerie opératoire pratiquée par des chirurgiens ambulants et connue sous le nom d'*opération des pierres de tête*. La croyance populaire attribuait volontiers les désordres de l'esprit à la présence d'un corps étranger dans le crâne. Tantôt on accusait une guêpe, un taon, un rat (on parle encore aujourd'hui d'araignée, de hanneton). Dans les Pays-Bas, on croyait surtout à la *pierre de tête*. Des prestidigitateurs chirurgicaux ont exploité cette croyance : ils faisaient sur le front une légère entaille, tandis qu'ils mettaient sous les yeux du patient, au bout d'une énorme pince, une pierre préalablement dissimulée dans le creux de leur main, et qu'ils étaient censés avoir retirée du crâne. De nos jours encore, nombre d'*obsédés* décrivent avec un grand luxe de détails des sensations de corps étrangers (pierres ou bêtes), dans leur tête. Les médecins d'autrefois n'étaient pas éloignés de croire à la réalité de ces descriptions psychopatiques. C'était l'époque où les *humeurs peccantes* refluaient volontiers vers le cerveau et s'y *conglutinaient*, pour engendrer toutes les manifestations vésaniques. La médecine elle-même contribua donc à accréditer la croyance aux pierres de tête. Les artistes, Van Bosch, Van Hemessen, P. Bruegel, de Bry, Brouwer, Teniers, A. Both, N. Weydmans, Frans Hals le Jeune, etc., et surtout Jean Steen, qui nous ont laissé des témoignages figurés de ces anciennes pratiques, ont d'ailleurs finement raillé dans leurs œuvres à la fois l'excessive crédulité des opérés et l'audacieuse fourberie des opérateurs.

Schéma bulbaire ;

Par le Dr Pierre Bonnier (de Paris).

Dans ce schéma sont définis topographiquement les principaux offices fonctionnels du bulbe, indépendamment de leur représentation consciente, cérébrale, avec laquelle on les confond si souvent. Il a été nécessaire de créer des termes pour ces offices bulbaires, dont la clinique ne note que les défaillances, les variations négatives, pour lesquelles seules existe une terminologie. Ces centres fonctionnels sont : les centres *scoposthéniques* chargés de la régie du regard, avec toutes ses accommodations ; les centres *statisthéniques*, qui régissent les attitudes de sustentation ; les centres *hypniques* et *tonostatiques*, régulateurs de l'état de sommeil, de la tonicité générale et des réflexes ; les centres *myosthéniques*, *angiosthéniques*, *cardiosthéniques*, *pneumosthéniques*, *gastrothéniques*, *entérosthéniques*. Les centres *manostatiques*, *hygrostatiques*, *thermostatiques*, maintiennent le niveau de la pression, de l'hydratation, de la température intérieure. Les centres *encratiques* commandent les sécrétions internes qui, brassées par la circulation, maintiennent le taux de l'alimentation et de la purgation cellulaires. Les centres *enthimiques* entretiennent le bien-être organique ; leurs défaillances sont les diverses affres viscérales, celles de la fatigue, l'anxiété générale. Les centres *diacritiques internes* commandent les sécrétions muqueuses, lymphatiques ; et les centres *diacritiques externes*, le drainage sudoral, urinaire, etc.

Névrite et atrophie optique dans l'érysipèle facial ;

Par le Dr Cabannes (de Bordeaux).

L'érysipèle de la face peut, dans quelques cas exceptionnels, s'accompagner de lésions du nerf optique. Nous avons eu l'occasion d'observer récemment un cas de névrite optique post-érysipélateuse qui s'accompagna très rapidement d'atrophie avec perte absolue de la vision du côté correspondant. Un certain nombre de faits de ce genre ont été publiés par les auteurs Despagnet, Galezowski, Knaff, Nettleship, Parinaud, Pagenstecher, Ramirez, Ripault, etc. La réalité clinique de la lésion optique (névrite ou atrophie) au cours de l'érysipèle facial est actuellement sans contestation. Le mécanisme pathogénique de cette complication est encore l'objet de quelques controverses : les uns, à l'exemple de Carl, pensent qu'il y a toujours atrophie directe de la papille sans névrite antécédente : les autres, plus nombreux, incriminent, dans la genèse des lésions, l'atrophie post-névritique. Nous nous rangeons à cette dernière interprétation. Voici la façon dont on peut, d'après nous, expliquer tous les faits. L'érysipèle facial agit sur le nerf optique, en raison de sa proximité, par la propagation de son inflammation au tissu cellulaire orbitaire dont les lésions (cellulite orbitaire) s'étendent consécutivement à la périphérie du nerf optique. Cette cellulite, qui peut dans des cas très rares amener un véritable phlegmon suppuré de l'orbite, reste le plus souvent à l'état d'inflammation plastique, cliniquement caractérisée par un léger exorbitisme. Elle agit surtout par compression sur le contenu de l'orbite et en particulier sur le nerf optique. Nous pensons que cette compression du nerf, à laquelle s'ajoutent nécessairement des phénomènes inflammatoires par propagation, explique toutes les formes cliniques, suivant que les lésions mécaniques et inflammatoires prédominent dans l'un quelconque des deux points faibles du trajet du nerf : *a*) son entrée dans l'œil, où il est resserré dans la gaîne scléroticale ; *b*) son émergence du trou optique où il est engainé dans un anneau osseux.

a) Dans le premier cas, il existe des phénomènes cliniques très nets : papillite avec ou sans œdème, veines congestionnées tortueuses, quelquefois thrombosées, artères filiformes, quelquefois suffusions hémorrhagiques de la rétine voisine (le long des veines). Ultérieurement, signes de l'atrophie post-névritique avec ses caractères connus. Dans cette forme, la cécité survient très vite et reste le plus souvent irrémédiable.

b) Dans le second cas, il survient de l'atrophie optique sans névrite ni papillite évidente. Le nerf optique blanchit, s'excave, les vaisseaux papillaires ou rétiniens n'offrent aucune altération ; en réalité, la névrite existe, mais elle est au trou optique, et ce qui domine ici, ce sont les phénomènes de compression des fibres nerveuses qui prennent le pas sur les troubles inflammatoires. Cliniquement, on trouve ou bien un rétrécissement plus ou moins concentrique du

champ visuel, ou un scotome central des plus évidents, et tous les signes ordinaires de la névrite rétro-bulbaire.

Les théories classiques, anciennes et modernes, peuvent donc, malgré leur divergence apparente, être ramenées à la même explication pathogénique. L'apparence ophtalmoscopique de la papillite dépend uniquement du point du trajet du nerf optique, plus spécialement atteint (entrée oculaire, passage au trou optique).

Recherches sur la sensibilité normale de la cornée et de la conjonctive ;

Par MM. Cabannes et H. Robineau (de Bordeaux).

Nous avons utilisé, pour l'étude de la sensibilité conjonctivocornéenne à la *piqûre*, des crins de Florence n° 3, coupés en fragments de 8 centimètres de longueur environ ; ces fragments étaient placés dans un tube stérilisé contenant une solution de cyanure de mercure et ils ne servaient qu'à une seule personne à la fois. Cet esthésiomètre est appliqué perpendiculairement sur les membranes précédentes ; sa surface de section, restreinte mais non pointue, déprime et ne pénètre pas. Il n'a donc pas les inconvénients de l'aiguille ou de l'épingle. La sensation ressentie en appliquant l'extrémité du crin est celle d'une piqûre. Si on incurve le crin en anse, et que l'on applique cette anse sur l'œil, on peut étudier la sensation de contact. Pour l'appréciation de la sensibilité thermique, nous nous sommes servis d'eau chaude ou d'eau froide instillée dans l'œil au moyen d'un compte-gouttes à extrémité capillaire. On ne doit appliquer ni le froid intense ni une température supérieure à 60°, on provoquerait une douleur vive, une vraie brûlure.

Voici en quelques mots les résultats de nos recherches, pratiquées sur près de 80 sujets normaux.

La *piqûre* de la cornée est ressentie, en tant que piqûre (ce qui constitue l'état normal) dans 75 à 80 % des cas. Dans d'autres cas (20 à 25 %) la piqûre de la cornée n'est pas nettément perçue (hypoesthésie) ou bien elle l'est d'une façon anormale, comme un contact. Ces anomalies dans l'appréciation exacte de la piqûre se montrent surtout chez les gens ayant dépassé la quarantaine ou chez des personnes âgées. — La sensibilité à la piqûre de la conjonctive bulbaire reste normale dans des proportions à peu près identiques; elle est cependant moins vive que celle de la cornée ; de plus, elle possède deux particularités que l'on ne retrouve pas dans l'étude de la sensibilité cornéenne : *a*) elle est plus vive dans la moitié temporale que dans la moitié nasale ; *b*) à côté de points parfaitement sensibles à la piqûre, la conjonctive possède des points insensibles, dernier fait déjà mis en lumière par Nagel.

La perception du *contact* est beaucoup plus obtuse pour la cornée que pour la conjonctive. La conjonctive bulbaire perçoit mieux les impressions de contact que ne le fait la cornée, mais cette dernière apprécie plus vivement la piqûre.

La cornée perçoit moins bien que la conjonctive le froid ou la chaleur. Nous pouvons même affirmer que la sensibilité thermique de cette dernière membrane est rarement atteinte, à l'inverse de ce qu'a avancé Nagel qui refusait à la conjonctive toute perception thermique.

Ces diverses sensations éprouvées par les malades à la piqûre, au contact, à la température, sont accompagnées de réflexes dont le plus fréquent (75 à 78 % des cas) est le clignement réflexe, puis viennent le larmoiement réflexe (47 %) et l'injection blépharo-conjonctivale (20 à 25 %).

La cornée est en somme douée d'une sensibilité douloureuse exquise. Toutes les impressions un peu fortes (contact, température, etc.), faites à son niveau amènent la douleur vive, très spéciale, rapidement accompagnée de tous les réflexes de défense (clignement, larmoiement, etc.). *Mais elle apprécie mal les nuances.* Sous ce rapport, la conjonctive a plus de discernement, elle se rapproche davantage de la peau et des autres muqueuses. Ce qui montre encore le peu de tendance de la cornée à la différenciation des diverses impressions, c'est l'expérience suivante que nous avons faite : les deux extrémités libres du crin de Florence sont placées sur la cornée, à des distances variables, la cornée n'arrive à percevoir deux sensations et encore d'une façon restreinte (25 % des cas environ) que lorsque l'écartement très grand atteint deux points opposés de la périphérie cornéenne. Cette expérience, qui est l'analogue de celle du compas de Weber pour la peau, montre encore combien est spéciale, dans ses qualités, la sensibilité de la cornée.

Relations cliniques de la cécité avec la paralysie générale et le tabes ;

Par André Leri (de Paris).

La cécité est généralement considérée comme fréquente dans le tabes et rare dans la paralysie générale. D'autre part, on admet que les cas de tabes avec cécité sont presque toujours des cas de tabes essentiellement bénin, dans lesquels les manifestations tabétiques ordinaires sont tout à fait minimes. Nos recherches dans la littérature et nos observations personnelles nous ont convaincu que :

A) Pour ce qui concerne la paralysie générale : 1° la cécité est rare dans la paralysie générale confirmée avec troubles mentaux marqués, mais les troubles légers de la vision n'y sont pas rares ; 2° la cécité a été assez fréquemment signalée *avant* l'apparition des troubles mentaux de la paralysie générale progressive.

B) Pour ce qui concerne le tabes : 1° la cécité est rare dans le tabes confirmé, avec grands symptômes ; elle n'est fréquente que dans le tabes avec symptômes minimes de lésion des cordons postérieurs ; 2° quand la cécité doit survenir, elle survient généralement *avant* la plupart des symptômes du tabes ; 3° l'affection à laquelle on donne le nom de « tabes avec cécité » est caractérisée par une atrophie papillaire assez rapidement complète, accompagnée non seulement de troubles tabétiques minimes, mais *très fréquemment aussi de troubles mentaux minimes* tout à fait analogues à ceux du début de la paralysie générale.

En somme, le plus souvent, *la cécité dite « tabétique » pourrait être aussi bien considérée comme une cécité « paralytique »* si les troubles mentaux minimes de la méningo-encéphalite diffuse légère avaient dans la nosographie la même importance que les troubles physiques et fonctionnels minimes de la méningo-myélite spinale postérieure légère. Le tabes, la paralysie générale et l'amaurose dite « tabétique » représentent simplement *trois localisations* d'un même processus, probablement d'ordinaire syphilitique tertiaire, qui peuvent soit s'associer, soit rester plus ou moins complètement isolées.

Anatomiquement, d'ailleurs, l'atrophie optique du tabes est semblable à celle de la paralysie générale, il s'agit, ce semble, d'atrophie secondaire à des lésions de méningite et de névrite interstitielle à point de départ vasculaire (endo et péri-artérite et phlébite).

Douleur épigastrique suraiguë dans la neurasthénie ;

Par le Dr M. Page (de Bellevue).

Nous présentons au Congrès cinq observations de neurasthéniques, chez lesquels le symptôme dominant est une douleur épigastrique, survenant par crises pour des motifs très divers (émotion, alimentation, règles, etc.). Cette douleur est ici extrêmement violente, suraiguë, faisant que les malades se roulent en poussant des cris ; elle a deux sièges principaux et constants, en avant au creux épigastrique, à trois travers de doigt de l'appendice xiphoïde, en arrière sur la colonne vertébrale au niveau de la 8e dorsale. Ce syndrome fréquent dans l'ulcus simplex (douleur en coup d'épée) et qui s'explique par l'érosion des parois stomacales permettant à l'acide gastrique d'irriter violemment les filets nerveux, nous le trouvons ici à l'état de phénomène saillant, chez des neurasthéniques, sans aucune lésion stomacale par conséquent. De l'étude de ces observations nous croyons pouvoir tirer l'enseignement suivant :

1° Cette douleur avec ses deux points xiphoïdien et vertébral caractéristiques, avec son intensité excessive, arrachant des cris aux malades, accompagnée ou non de vomissements, nous croyons pouvoir en faire une névralgie du plexus solaire ; 2° En présence d'un tel syndrome, il importe d'examiner tous les organes innervés par le plexus solaire et en particulier les organes génitaux, car une maladie d'un

territoire quelconque du solaire (métrite, rein flottant, antéversion utérine) peut être la cause du syndrome. Du moins nous verrons qu'en guérissant ces affections nous supprimerons du même coup la douleur épigastrique ; 3° Il existe des cas où on ne trouve aucune lésion pouvant retentir sur le plexus solaire et où une névrose seule de ce plexus explique le syndrome névralgique ; 4° Contre les crises douloureuses, le traitement général de la neurasthénie étant institué et les affections concomitantes soignées, s'il y a lieu, le seul remède qui nous ait donné des résultats satisfaisants est la faradisation quotidienne, *loco dolenti*, avec bobine à gros fil et faible intensité.

Centres sympathiques de la moelle épinière ;

Par le Dr Laignel-Lavastine (de Paris).

M. Laignel-Lavastine montre le corps d'un chien à qui il enleva le sympathique thoracique gauche du 3e au 10e communicant.

Il conclut : 1° Des neurones de la chaîne sympathique thoracique ont leurs centres trophiques dans la corne latérale de la moelle dorsale et dans un noyau latéro-externe de la corne antérieure de la moelle cervicale inférieure ; 2° Ce noyau latéro-externe de la base de la corne antérieure de la moelle cervicale est distinct du noyau postéro-externe de la corne antérieure, dont les cellules sont étoilées.

Migraine ophtalmique avec hémianopsie et aphasie transitoires. — Hemiface succulente. Photophobie et tic de clignement ;

Par M. Henry Meige (de Paris).

Observation d'une malade de 73 ans atteinte depuis la ménopause d'une *migraine accompagnée : scotome scintillant*, céphalalgie, sensations vertigineuses et nauséeuses. Les crises s'accompagnent d'*hémianopsie* et d'*aphasie transitoires*, ainsi que de *parésie faciale droite* et d'*engourdissement du bras droit*. A la fin de la crise, *somnolence*. A la suite d'une série de ces crises, il reste une légère parésie de la moitié droite de la face accompagnée d'un certain degré d'œdème (*hémiface succulente*). Enfin, la malade est atteinte d'un *clignement des deux yeux*, qui semble avoir eu pour point de départ la *photophobie* migraineuse, qui actuellement persiste en dehors des accès, et qui a pris, lui-même, un caractère *obsédant*.

M. Henry Meige passe en revue les différentes manifestations du syndrome de la migraine accompagnée. Tous ces phénomènes peuvent être attribués à un trouble vasculaire transitoire dont la localisation doit être discutée. Un angiospasme des ramifications artérielles de la sylvienne peut expliquer les troubles de la parole, la parésie faciale, la sensation d'engourdissement du bras. Mais pour le scotome, l'hémianopsie, les sensations vertigineuses concomitantes, il faut admettre une plus grande extension de l'angiospasme. D'autre part, la succulence faciale est l'indice d'une participation des centres vaso-moteurs. Il s'agit d'un *trophœdème* symptomatique qu'on peut rattacher à une action des centres sympathiques. On peut songer aussi à un angiospasme bulbaire, l'accès migraineux s'accompagnant de phénomènes angoissants. Il est intéressant de remarquer qu'à de certains moments, même en dehors des crises migraineuses, la malade, par son facies, ses attitudes, son langage, sa marche, présente des ressemblances cliniques frappantes avec les sujets atteints d'hémiplégie progressive. Le phénomène convulsif palpébral n'est pas un spasme vrai ; les clignements, en effet, peuvent être suspendus par un effort de volonte et d'attention. Leur éclosion et leur exagération sont en rapport direct avec la préoccupation photophobique. Ces particularités plaident en faveur du tic ; mais il s'agit ici d'un *tic sénile*, qui offre plus de ressemblance avec les spasmes vrais que les tics du jeune âge, ce qui s'explique par l'infériorité organique des centres et des conducteurs nerveux chez les vieillards.

Un cas de polynévrite éthylique ayant évolué sous la forme de paralysie ascendante ;

Par MM. Oberthur et Roger (de Paris.)

Il s'agit d'une dame âgée de 36 ans vivant dans un milieu d'alcooliques et de dypsomanes et ayant contracté la passion de l'alcool depuis l'âge de 13 ans. Peu de temps avant de s'aliter elle buvait chaque jour une bouteille entière de cognac sans compter le reste. Elle entre en traitement pour des phénomènes d'amnésie et de confusion. On constate à ce moment qu'elle a peine à marcher, qu'elle steppe, son pouls est fréquent, ses reflexes abolis, la pression des masses musculaires n'était pas douloureuse. Le lendemain les membres inférieurs étaient totalement paralysés, les sphincters relâchés, le pouls très rapide. Très peu de temps après, anurie presque complete ; la température s'élève, les membres supérieurs, le tronc, se prennent à leur tour, et tellement completement, qu'aucun mouvement spontané n'est possible. La respiration est atteinte, les nerfs mixtes sont absolument paralysés, alors que les autres nerfs bulbaires restent indemnes. Après de alternatives d'aggravation et d'espoir, la malade succomba dans une syncope. Il s'est agi là, bien qu'il n'y ait pas eu de contrôle anatomique, d'une polynévrite indiscutable à marche absolument ascendante, extenso-progressive presque entièrement superposable aux cas princeps de Landry, de Leudet, de Labadie-Lagrave, etc.

Malformations craniennes et syndrome bulbaire ; Enclavemement du bulbe (pièces et photographies) ;

Par MM. Sicard et Oberthur (de Paris).

Le malade qui fait l'objet de cette communication était un infantile avec malformation cranienne et aplatissement de la base du crâne, chez lequel se sont développés sous des influences multiples (troubles de nutrition, hypothyroïdisation etc.) des phénomènes d'encéphalite chronique avec augmentation de la tension intracranienne, entraînant une compression du bulbe et des nerfs bulbaires. De plus, on a trouvé chez lui une syringomyélie occupant une partie de la moelle cervicale et la portion supérieure de la moelle dorsale. Peu de temps avant son entrée à l'hôpital, il avait eu une angine probablement diphterique à la suite de laquelle, sans doute par polynévrites, les phénomènes du côté des nerfs craniens s'étaient singulièrement aggravés. N'étaient quelques vertiges, quelques vomissements et des céphalées, on aurait pu porter le diagnostic de sclérose latérale amyotrophique avec troubles bulbaires. Le malade ne présentait d'ailleurs aucun trouble trophique ou sensitif faisant penser à la syringomyélie. Le malade mourut subitement quelques jours après son entrée.

Les particularités intéressantes à relever dans ce cas sont les suivantes : 1° La longue période pendant laquelle l'encéphale a pu s'adapter avec la malformation cranienne, puis, sous une influence toxique ou autotoxique, réagir et provoquer par l'hydrocéphalie un véritable *étranglement bulbaire* dans une gouttière basilaire et un trou occipital malformé ; 2° la polynévrite diphtéritique venant compliquer le tableau morbide ; 3° L'existence d'une syringomyélie absolument indépendante de l'hydrocéphalie dont la pathogenie peut s'expliquer soit par un vice de développement soit par une reaction speciale de la névroglie dans un névraxe predisposé ; 4° L'enclavement du bulbe ayant causé la mort subite ses rapports, avec l'engagement du cervelet et son mecanism un peu spécial.

Poliencéphalite supérieure aiguë hémorrhagique ;

Par MM. Brissaud et Brécy (de Paris).

Observation d'une femme de 36 ans avec double ptosis, myosis, état somnolent particulier. Le 9e jour, accélération du pouls et élévation de la température. Mort subite le lendemain. Autopsie : Lésions inflammatoires avec hemorrhagies criblant les parois de l'aqueduc de Sylvius, notamment au niveau des noyaux de la 3e paire, les tubercules quadrijumeaux, la partie supérieure de la protubérance. Cette observation est à rapprocher de celle publiée par Gayet en 1875 et des cas décrits depuis le travail de Wernicke sous le nom de poliencéphalite supérieure aiguë hemorrhagique. Il s'agirait de lésions assez diffuses avec prédominance au voisinage de l'aqueduc, plutôt que d'une maladie réellement systématisée.

Contribution à l'étude de l'état du fond de l'œil dans la paralysie générale :

Par MM. Briche, Raviart et Caudron.

On a trouvé des lésions du fond de l'œil chez les paralytiques générales dans une proportion de 78 %. La majorité de nos malades étaient arrivées à un stade déjà avancé de leur affection, ce qui explique ce pourcentage de beaucoup supérieur à celui trouvé chez les paralytiques généraux à la 1re période. *(A suivre).*

FORMULES

VI. — Contre la diarrhée des enfants.

Donner à l'enfant trois fois par jour dans un peu d'eau bouillie sucrée un paquet de :

Tannalbine........ .... 0 gr. 25

ou :

Tannigène .... 0 gr. 25

ou encore :

Antipyrine .... 0 gr. 10
Bicarbonate........................... 0 gr. 30

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 31 juillet au samedi 6 août 1904, les naissances ont été au nombre de 1156, se décomposant ainsi : légitimes 839, illégitimes 317.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 928, savoir : 454 hommes et 474 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 5. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 1 — Rougeole : 8 Scarlatine : 3. — Coqueluche : 17. — Diphtérie et Croup : 2. — Grippe : 0. — Choléra asiatique 0 Choléra nostras : 1. — Autres maladies épidémiques 3 — Tuberculose des poumons : 192. — Tuberculose des méninges : 20. — Autres tuberculoses . 20. — Cancer et autres tumeurs malignes : 50. — Méningite simple 24. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau 49 — Maladies organiques du cœur : 47. — Bronchite aiguë . 2 — Bronchite chronique : 5. Pneumonie : 14. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 57. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 2. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein · 16. autre alimentation : 130. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans 21. — Hernies, obstruction intestinale : 8 — Cirrhose du foie : 6. — Néphrite et mal de Bright : 27. Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 4. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 1. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : 21. — Débilité sénile : 30. — Morts violentes : 20. — Suicides : 4. — Autres maladies : 113 — Maladies inconnues ou mal définies : 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 61, qui se décomposent ainsi : légitimes 40, illégitimes 21.

Distinctions honorifiques

Légion d'honneur. ministère de l'intérieur. — *Commandeur* : M. le Pr Pozzi, de l'Académie de médecine.

Officiers : MM. les Drs Doléris et Moriez.

Chevaliers : MM. les Drs Delbet, professeur à la faculté de médecine ; Routier, chirurgien des hôpitaux de Paris ; Aviragnet, médecin des hôpitaux de Paris ; Thierry, inspecteur général adjoint de l'assainissement de Paris ; Carpentier, médecin en chef de la police de Paris ; Vergeade, médecin à Paris ; de Rothschild, médecin à Paris ; Brou de Laurière, conseiller général de la Dordogne : Dupeux, conseiller d'arrondissement de la Gironde ; Fabre, conseiller général du Var ; Hugonneau, conseiller général de la Haute-Vienne ; Manouvriez, médecin à Valenciennes ; Dardanne, pharmacien à Paris.

Nous sommes heureux d'adresser nos félicitations les plus sincères à notre collaborateur, M. le Dr Henri de Rotschild. Le *Journal officiel* est ainsi conçu : « Titres exceptionnels, fondateur du dispensaire Picpus, de la laiterie philanthropique, de la polyclinique et hôpital de la rue Marcadet, du dispensaire de Berck-sur-Mer. Auteur de nombreux travaux relatifs à l'hygiène alimentaire et à la pathologie des nourrissons. » Nous ajouterons : et professeur à l'école d'infirmières de la Salpêtrière.

Décorations académiques. — *Officier de l'Instruction publique.* — M. le Dr Conçaix (de Felletin).

Officiers d'Académie. — MM. les Drs Jumon, J.-E. Terrier (de Paris).

A l'occasion de la distribution des prix à l'*Ecole d'Infirmières de la Salpêtrière* ont été nommés : *Officier de l'Instruction publique* : M. le Dr Petit-Vendol (Henry-Charles-Marie), professeur à l'école d'infirmières de la Pitié. — *Officiers d'Académie* : M. le Dr Poulard (Albert-Victor), professeur à l'école d'infirmières de la Pitié ; M. le Dr Schwartz (Anselme), prosecteur à la Faculté de médecine de Paris et professeur à l'école d'infirmières de la Salpêtrière ; Mme Rosel, née Bonneau (Jeanne-Madeleine), institutrice à l'école des enfants arriérés et à l'école primaire annexée à l'école d'infirmières de la Salpêtrière.

Mérite agricole. — *Commandeur* : M. le Dr Paul Regnard (de Paris).

Officier. — M. le Dr E.-L. Pasteau (de Paris).

Chevaliers. — MM les Drs Bérillon, Bresset, Limperopoulo, Socquet (de Paris), Aymard (de Cahors), Blanc (de Lyon), Castan (de Toulouse), Chevanon (de La Rochelle), Daléas (de Saint-Orens), S.-E. Depeton (de Saint Martin-de-Hinx), Doze (de Draguignan), Dupuy (de Neuilly-sur-Seine), Fabre (d'Astaffort), Folacci (de Bastelica), Lalo (d'Hautecloque), Magnan (de Luc-en-Diois), Morey (de Macon), Peretti (de Giuncheto), Peton (de Saumur), Poiteau (d'Albert), Schoull (de Tunis), Trapenart (de Champs), Arragon, M.-F. Rudler, Strœbel (médecins militaires), Thoulon (médecin des troupes coloniales).

Corps de santé. — Promotions. — *Réserve de l'armée active.* — *Médecins majors de 2e classe* : Les médecins aides-majors de 1re classe de réserve Blusson, Pradet, Lacoste, Beaujeu, Lauth, Cristofini, Benoît, Goudier.

Médecins aides-major de 1re classe : Les médecins aides-majors de 2e cl. de réserve : Caylas, Lassine, Salmon, Lacaze, Guilbert, Garcin, Giocanti, Sassy, Dallas, Gage, Gallini, Racine, Revel, Angelvin, Condamin, Brenans, Roux, Gagey, Aunis, Cazabas, César, Mével, Vidal, Henri, Vergues, Michel, Magnan, Dack, Gruel, Laroux, Leblanc, Cournet, Bouanet, Pelletier, Hoder, Huot, Bloch, Battiau. Gourdet, Bedos, Jay, Maurin, Baigue, Ducerf, Saleur, Redhon, Baumelon, Triger, Aubineau, Baudin, Grouhel, Laugier Roche, Servas, Scherb, Rabbe, Nové-Josserand, Audoucet, Ringot, Barbier, Privat, Salvage, Perdereau, Lafec, Julliet, Fragnaud, Houssaye, Cognel, Blazy, Latour, Combret, Flammarion, Gauchet, Herlemont, Jacquemet, Malzac, Hanus, Levillain, Poulet, Royer, Lefilliâtre, Fargues, Evrot, Meneière, Rouger, Favre, Delgrange, Paquet, Briend, Thuber, Rochier, de Combes, Vigues, Bellin, Faurichon, Mesplier, Farabeuf, Roger Labat de Lamberts, Bourlier, Laurent, Henry, Brieu, Nimier, Morillon, Cancelli, Koziell, Lochon, Gdinet, Aimé, Chenal, Thouvenet, Bloch, Grangier, Cairel, Boriès, Legendre, Raymond, Maffre, Caminade, Destribats, Bouveyran, Baudrand, Monnel, Baderot, Murat, Delguel, Varnier, Louvrier, Willemin, Tocheport, Barbier, Guizot, Gnizol, Yardin, Bize, Caulmont, Cournol, Hennecart, Granval, Mimin, Picard, Meynard, Philouze, Biard, Carlet, Raoust, Clavcy, Vaissier, Guérin, Gérardin, Bonvarlet, Dassonville, Bouchet, Blivet, Dupretz, Breton, Frère, Lecointre, Mouthon, Lepelletier, Potel, Cola, Saussol, Leblanc, Monbernard, Verger, Fuster, Contal, Mahon, Descheemacker, Pavie, Bourgain, Carayon, Caillard, Labaume, Painblan, Machtou, Planque, Devaucheile, Bergeret, Sallé, Cazin, Izac, Rapp, Lestocade, Davet, Girma, Carpanetti, Combe, Jacob, Dupré, Lefebvre, Dimoux, Dime, Pissavy, Thévenin, Quidet, Thadée, Thebault, Guedj, Dunis, Caston, Moltessier, André, de Boucaud, Bibent, Gaymard, Ardin-Delteil, Decoopmann, Ganault, Leplat, Raimond, Huyghe, Pinault, Fontoynont, Douriez, Mathieu, Flament, Druon, Joubert, Wegbecker, Tuefferd, Morfaux, Boué, Lecacheur, Ruais, Heurlet, Vial, Lacrosaz, Gury, Verhaeghe, Coulonjou, Debary, Ombredanne, Gatian de Clérambault, Bailly, Besson, Cunéo, Herbet, Spilmann, Herrenschmitt, Dubois, Baroyer-Cluzet, Sarrante, Anderodias, Rosenthal, Duthal, Buy, Bourneville, Gentes, Brodu.

Armée territoriale : *Médecins principaux de 2e classe* : Les médecins majors de 1re classe de l'armée territoriale Florance, Cordier, Gaulard, Baudry, Kable, Denuce.

Médecins-majors de 1re classe : Les médecins-majors de 2e classe de l'armée territoriale : Pascal, Durand, Stanienski de Holub, Montano, Destrem, Labat, Bouchon, Mejasson, Rivals, Arnaud, Ribard, Grillière, Morrisset, Bienvenot, d'Astros, Roger, Belu-

gon, Durand, Fardel, Deffis, Blanc, Ducloux, Schnell, Rueff, Turgard, Delfosse, Jacquelin, Roy, Gaube, Péradon, Lecuyé, Duvernoy, Therre, Pousson, Compagnon, Bruncher, Rogée, Chapuis, Brault, Charrier.

Médecins-majors de 2e classe : Les médecins aides-majors de 1re classe de l'armée territoriale : Poirson, Armaignac, Hennocque, Franceschi, Muletti, Belous, Braissas. Hamon, Masson, Leuillieux, de Brou de Laurière, Lefebvre, Petit, Mordret, Burbaud, Maque, Bidot, Rufin, Henne, Adenot, Doyon.

Médecins aides-majors de 1re classe : Les médecins aides-majors de 2e classe de territoriale Prouff, Pauvert, Lacambre, Cabiran, Simoneau, Fombarlet, Giushulani, Courréjou, Levi, Carrette, Chabert, Branchu, Colombe, Bellin, Barral, Béraud, Bernard, Dubromelle, Truffet, Sanyas, Porchaire, Capdeville, Foisac, de Langenhagen, Pinel, Maisonneuve, Buchin, Jullian, Casimir, Adoul, Perrier, Arviset, Barrault, Delattre, Daubin, Pailhas, Chabaud, Moulinié, Beaudonnet, Morisse. Breuils. Rebouys, Boisvert, Soudrille, Bobinet, Bertrand, Cornet, Goumy, Degail, Cornet, Rougier, Chaleix, Denet, Chauvet, Michel, Molinié, Aymes, Muller, Provost, Cassiolle, Hanotte, Benoist, Mathieu, Adam de Beaumais, Valentin, Conil, Epron, Chaigneau, Oiry, Giraud, Borde, Bassin, Petitpierre, Poirrier, Gendron, Morard, Helme, Bouisson, Vignard, Marqueyron, Durand, Leuchautin de Gubernatis, Bouchinet, Coulon, Duchaîne, Chevandrier, Gremaud, Ducourtioux, Mothieu, Evrard, Chaillous, Retrouvey, Guibert, Sicre, Teillard-Chabrier, Catiou, Chaussende, Nicolle, Lazard, Dechy, Crouzat, Batuaud, Aubert, Glanchard, Saint-Cyr, Verrie, Maudreux, Luyt, Roques, Bitterlin, Cartier, Gourmaud, Voyer, Odin, Daniel, Marchais, Even, Earlerin, Gresset, Desche, du Bouays de Couësbouc, Moreau, Camus, Mourloi, Chevallier, Mallet, Dorel, Le Joubioux, Tulasne, Teyssedre, Coutard, Ollier de Vergèze.

Roy, Lefebvre, Fruchaud, Faucillon, Roux, Luzet, Adam, Galard, Cousin, Huguenin, Mantelin. Vabre, Ambialet, Vivier, Hamaïde, Loisel, Delbecq, Bécue, Castaneva de Campos, Bertillon, Laroussinie, Pannetier, Lionnet, Vaissade, Duprat, Callen, Semet, Villequey, Giral, Bernheim, Bridier, Bezon, Dezuet, Leblond, Delalandre, Bachelier, Dayot, Renaud, Girard, Chatelot, Houdaille, Martin, Estradère, Vidal, Baraton, Gestat, Castets, Larsonneur, Mougeot, Pindal, Montaigne, Orillard, Verhnes, Lefebvre, Boularau, Casassus, Lebois, Castueil, Gobillot, Trouillard, Charnaux, Gasnier, Rochette, Barbellion, Guépin, Boutin, Delaroche, Le Stunt, Benoit, Léonard, Bricade, Gallot, Fischer, Lebrume, Nourigat, Verin, Cornet, Franchomme, Celles, Havez, Dudefoy, Denis, Gaud, Mizon, Truchon, Grasset, Monflier, Fondeur, Marion, Mennessier, Kortz, Perivier, Bridiers, de Villemor, Coursier, Brion, Charlot, Bon, Horay, Chereau, Aragon, Trollier, Brugnerolle, Sabatier, Vienne, Guérard, Delacour, Letoux, Laurent, Thibaut, Souesme, Bouly de Lesdain, Carra, Courdoux, Torchut Lecocq, Moreau, Beaudonnet, Texier, Lacaze, Sniegre, Bernis Leloutre, Eymonnet, Poumeau, Richard, Glorget, Joyeux, Guy, Chaminade, Marsat, Bernard, Dufour, Bresset, Collet, Danger, Daumy, Sorel, Dacheux, Musin, Tacquet, Roux, Daillet.

Laffitte, Ducellier, Brandes, Gibaud, Gâchon, Tholange, Girerd, Thielemans, Fabre, Gonez, Vannier, Cacheril, Crépin, Vadon, Waynbaum, Vialloux, Feuchère, Lamaud, Javey, Narodeizki, Gotteland, Roy, Bertrand, Critzmann, Million, Andignon, Brunet, Grandclément, Bouchère, Dutoya, Quéline, Lapeyre, Quincieu, Champenier, Agier, Buquin, Fiquet, Roche, Ranglaret, Mangard, Reverseau, Forget, Tisserand, Sauvez, Lucas, Rogler, Boichon, Lalande, La Neille, Delaporte, Marcais, Dallest, Grégoire, Helie, de Massary, Grèzes, Lefèvre, Cocard, Mahée, Bouquet, Cerf, Fagnet, Pillard, Chocquet, Beaufort, Brichl, Bouthommet, Thouvenin, Lallot, Dupret, Ozanon, Gosset, Boissier, Kaminski, Berthaud, Sortais, Baudron, Jorand, Veuillot, Alleaume, Robet, Louart, de Vaucher, Guillemot, Proust, Masson, Gourrier, Paillotte, Mugniery, Barre, Thibaud, Manificat, Delavalle, Claverie, Lebon, Hugues, Blondeau, Serullaz, Dufilh, Legrand, Caillaud, Touillon, Bourdier, Sassier, Castaing, d'Orgères, Chassy, Cahuzac, Seligmann, Boimond, Thorain, Mignot, Simon, Petit, Mivielle, Paté, Fillion, Groleau, Guérin (E.), Guérin (J.-E.), Playoust, Devoir, Héran, Thevenon, Fontet, Hauser, Mourette, Bailliot, Demange, Bernard-Cery, Domine, Jalabert, Legay, Goguel, Duquaire, Chevereau, Debray, Le Coq, Favraud, Dupont, Larcebeau, Batséné, Branère, Lafont, Baillo, Vigneron, de Perry, Ponsard, Grasset, Boniface, Dayot, Gorodichze, Gaillardie, Ouvry, Bouquet, Apert, Brodier, Gaulier, Engelhardt, Delannoïse, Bilard, Claude, Dujon, Cortyl, Arréat, Ribérau, Grognot.

Ferroud, Martin, Theiliez, Dantan, Depleneuville, Monscourt, Gauthier, Durand, Dupuis, Jeannin, Ysambert, Pellerin, Juvanon, Barraud, Laissus, Dumas, Lesage, Verliac, Martinais, Dupont, Demanté, Michel, Bouzon, Courtois, Chapard, Duplessis, Billiard, Cuenod, Tallet, Thirrion, Schweisguth, Oriot, Lautzenberg, Mayet, Lenormand, Payot, Calmets, Moraux, Valay, Ollier, Cocquelet, Angros, Blind, Lévy, Le Corre, Larrivé, Legrand, Savolle, Schall, Dessivre, Bruny, Bonnus, Lévi, Tavernier, Wassilieff, Simonin, Bonnard, Thomas, Modrin, Loiselet, Falvre, Villechauvaix, Plancard, Chabry, Vermorel, Lorrain, Siron, Bouvart, Dedieu, Garin, Imbert, Poisson, Someil, Degeilh, Joly, Sée, Brunon, Croutes, Marquez, Debay, Feyat, Potié, Berthet, Piguet, Galtier, Londe, Beauvillard, Robin, Massé, Royer, Perraud, Ablond, Redon, Jourdanet, Biau, Sereno, Debuchy, Viardot, Batigue, Perlis, Renaud, Rudaux, Josué, Vinot, Carle, Wintrebert, Charpentier, Semen, Mascarel, Goddart, Mouchet, Blaive, Cochon, Cottet, Macrez, Boubarau, Isvovescu, Burau, Boncard, Auclair, Bauzel, Chevalier, Lavauve, Chalufour.

Asiles d'aliénés. — *Mouvements de mai, juin et juillet 1904*. M. le Dr Boiteux, médecin en chef à l'asile de Clermont (Oise), promu à la classe exceptionnelle du cadre. — M. Gex, directeur à Saint-Robert (Isère) promu à la classe exceptionnelle du cadre. — M. le Dr Raviart, médecin-adjoint à Armentières (Nord), promu à la classe exceptionnelle. — M. le Dr Dide, médecin-adjoint à

Rennes, promu à la classe exceptionnelle du cadre. — M. le Dr Masselon, médecin-adjoint à Pau, nommé médecin-adjoint à Clermont (Oise) en remplacement de M. le Dr Coulon, mis en disponibilité sur sa demande. — M. le Dr Truelle, médecin adjoint à Dun-sur-Auron (Cher) promu à la classe exceptionnelle du cadre. — M. le Dr Ameline, médecin-adjoint à Dun-sur-Auron (Cher) promu à la 1re classe du cadre. — M. le Dr Lagriffe, médecin-adjoint à Quimper, nommé à Pau. — M. le Dr Bécue, médecin-adjoint à Bailleul, promu à la classe exceptionnelle du cadre. — M. le Dr Trénel, médecin-adjoint, nommé médecin en chef de la Colonie familiale d'Ainay-le Château (Allier). — M. le Dr Lwoff, médecin en chef à Ainay-le-Château, nommé directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Moisselles (Seine-et-Oise).

École de médecine de Limoges. — M. le docteur Vouzelle est chargé des fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie pendant la durée du congé accordé à M. Eymeri (année scolaire 1904-1905).

École de médecine de Marseille. — M. le docteur Comblant, professeur de clinique chirurgicale, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

M. le docteur Queirel, professeur de clinique obstétricale, est nommé, pour une période de trois ans, directeur de ladite Ecole.

École de médecine de Nantes. — M. le docteur Malherbe, professeur d'anatomie pathologique, est nommé, pour une période de trois ans, directeur de ladite Ecole.

École de médecine de Poitiers. — Un concours s'ouvrira, le 30 janvier 1905, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Poitiers.

École de médecine de Rouen. — M. le docteur Pennetier, professeur de physiologie, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

Concours des hopitaux de province. — *Le Havre* : M. le Dr Simon est nommé chirurgien adjoint. — *Nantes* : M. le Dr Jalaber est nommé médecin supléant. — *Rouen* : MM. les Drs Méret et Chaplain sont nommés médecins adjoints.

Incinération. — Le corps du citoyen Archain, conseiller municipal de Paris, a été incinéré le 13 août.

Nécrologie. — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de M. le Dr Dureau, chevalier de la Légion d'honneur, bibliothécaire de l'Académie de médecine ; de M. le Dr Jadin, ancien médecin inspecteur de l'armée, commandeur de la Légion d'honneur, décédé à Türkheim, près de Colmar ; de M. le Dr Weil, médecin de l'hôpital Rothschild et des chemins de fer du Nord.

Nous apprenons en outre la mort de M. le Dr Abraham Netter, décédé dans sa quatre-vingt-septième année à Nancy. Médecin principal en retraite, bibliothécaire universitaire honoraire, officier de la Légion d'honneur et de l'instruction publique, membre correspondant de l'Académie de Stanislas, etc. Abraham Netter était né à Strasbourg, le 7 janvier 1818. Médecin-major aux hôpitaux de l'armée d'Afrique, il fut attaché en 1854, à ceux de l'armée d'Orient. M. Netter observa la typhoïde en Algérie, le choléra dans la Dobroutseha, le scorbut à Constantinople. Il fut affecté ensuite à l'armée d'Italie, comme médecin-major de 1re classe. Médecin de l'hôpital militaire de Strasbourg, il publia de sérieuses études sur le traitement de la fièvre typhoïde et de l'héméralopie. Médecin principal en 1868 à l'hôpital de Rennes, il dirigea pendant la guerre de 1870, les services de santé de la deuxième armée de la Loire.

Le *Petit Var* du 11 août annonce la mort à 82 ans du Dr Ollivier, médecin de la marine en retraite. «Le docteur Ollivier était une physionomie toulonnaise des plus sympathiques; il fit preuve de grand dévouement au cours des épidémies cholériques de 1865 et 1884 et écrivit diverses études médicales très remarquées.»

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

3e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XX. N° 35. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 27 AOUT 1904

Le Progrès Médical

CLINIQUE OBSTÉTRICALE.

De la compression du cordon ombilical ;

Par Ch. **MAYGRIER**,
Professeur agrégé, accoucheur de la Charité.
(Leçon recueillie par M. le Dr Macé.)

Pendant les vacances de 1901, alors que je remplaçais, à la Clinique Tarnier, M. le Pr Budin, je trouvai un matin, en entrant à la salle de travail, une femme en période d'expulsion. C'était une primipare, chez laquelle la dilatation était complète depuis un quart d'heure ; le sommet se présentait en occipito-pubienne. Tout faisait présager une délivrance prochaine et normale, lorsqu'au moment même de mon arrivée le moniteur qui assistait cette parturiente constata que les battements du cœur se ralentissaient et m'en informa aussitôt. J'auscultai à mon tour et comptai 80 puis 70 et 60 pulsations à la minute, en dehors de toute contraction utérine. Je fis immédiatement tout préparer pour une application de forceps. Dans l'intervalle de temps très court qu'on mit à faire ces préparatifs et à placer la femme dans la situation obstétricale, les battements disparurent. Je me hâtai d'appliquer l'instrument et fis rapidement l'extraction d'un enfant en état de mort apparente, dont le cou était entouré par un *circulaire peu serré* du cordon. C'était un petit garçon du poids de 2440 gr., qui put être facilement ranimé. Son cordon avait été comprimé, et il avait failli succomber ; il ne dut la vie qu'à la promptitude de mon intervention.

Je me propose dans cette leçon de vous entretenir de la compression du cordon ombilical, accident de l'accouchement dont je viens de vous relater un exemple instructif, et qui est loin d'être rare.

Il n'y a pas lieu de définir un terme qui se comprend de lui-même. Suivant que la diminution du calibre des vaisseaux ombilicaux produite par leur compression permet ou non la circulation du sang, les échanges fœto-placentaires peuvent être ou simplement modifiés, ou supprimés, et il en résulte pour le fœtus un état de souffrance plus ou moins marqué, ou la mort.

La compression du cordon peut être réalisée pendant la grossesse ou au cours du travail dans un certain nombre de conditions : A) Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, le cordon déplacé prend une situation anormale qui l'expose à être comprimé. — B) Tantôt la compression résulte d'une anomalie du cordon lui-même.

Je n'envisagerai que ces deux ordres de faits, laissant de côté les cas tout différents où le cordon peut être comprimé au cours d'une manœuvre opératoire, par exemple par l'extrémité des cuillers du forceps.

A. — LA COMPRESSION PEUT ÊTRE LE FAIT D'UNE SITUATION ANORMALE DU CORDON. — Lorsque le fœtus a, dans la cavité utérine, son attitude naturelle, c'est-à-dire lorsque, se présentant par le sommet, il est pelotonné sur lui-même avec son plan antérieur tourné vers le placenta, le cordon ombilical se trouve logé dans un espace où il est à l'abri de toute compression ; mais, flexible et glissante, la tige funiculaire est susceptible de se déplacer avec la plus grande facilité, et une foule de circonstances peuvent favoriser ces déplacements. Sous l'influence des mouvements du fœtus, d'un excès de liquide amniotique, de la rupture des membranes, etc.... un segment du cordon peut s'insinuer entre deux surfaces résistantes et subir une pression plus ou moins forte.

Le segment qui se déplace ainsi est ou bien constitué par une anse de longueur variable, ou bien s'enroule autour d'une partie du fœtus : étudions successivement ces deux variétés de déplacement.

1° *Déplacements en forme d'anse.* — Ils se font le plus communément en bas et portent alors, suivant leur degré, le nom de *procidence* ou de *latérocidence* : mais ils peuvent s'opérer aussi en d'autres points, comme lorsque le cordon vient à s'insinuer entre le dos du fœtus et la paroi utérine, entre un des membres et le tronc, etc.

La procidence est la chute intempestive du cordon au devant de la partie fœtale qui se présente ; quand elle a lieu les membranes étant intactes, on l'appelle encore *procubitus*, et le pronostic en est moins grave que lorsque les membranes sont rompues. C'est un accident de l'accouchement qui mérite une description à part ; je me bornerai à en parler ici comme d'une des causes les plus fréquentes de la compression du cordon.

La procidence peut se produire toutes les fois que l'adaptation de la présentation au bassin n'est pas parfaite : du côté de la mère, la multiparité et surtout les rétrécissements du bassin ; du côté de l'œuf, la présence de jumeaux, la petitesse du fœtus, une présentation vicieuse, la procidence des membres, la longueur exagérée du cordon, l'insertion vicieuse du placenta, l'abondance du liquide amniotique et la rupture brusque de la poche des eaux, telles sont les conditions où on les observe habituellement. Vous avez pu en voir récemment deux cas, l'un avec présentation du siège, où malheureusement le fœtus a succombé, l'autre avec une présentation du sommet, et où la version a permis de sauver l'enfant.

La latérocidence est le glissement du cordon entre la partie fœtale et les parois du bassin. En 1890, le Dr Pellisson décrivit dans sa Thèse, sous le nom de *procidences méconnues du cordon ombilical*, des cas où le cordon est pincé latéralement entre la tête et le bassin, et où le diagnostic reste souvent ignoré jusqu'au moment de l'expulsion : c'est le premier degré de la procidence. Le terme de latérocidence, employé pour la première fois par le Prof. Budin, est plus exact et doit être préféré.

Deux mécanismes peuvent être invoqués pour expliquer ce genre de déplacement. Dans le premier, dont l'explication a été donnée en 1879 par Mathews Duncan, il y a *expression* du cordon : l'anse est exprimée par l'utérus de haut en bas sur les côtés de la partie fœtale qui s'engage. Cette expression peut, comme l'a fait remarquer Tarnier, se faire aussi de bas en haut, dans les cas où le cordon se trouve proche de la présentation. Dans le second cas, contrairement au premier, elle a un effet favorable, en soustrayant le cordon à la compression.

Le second mécanisme, sur lequel Madame Henry, sage-femme en chef de la Maternité, a particulièrement insisté est le suivant. Il existe autour du cou un circulaire *lâche*, et au moment de l'engagement, une partie de ce circulaire constitue une petite anse qui, sous l'influence des contractions utérines, descend avec la tête et se trouve comprimée par elle. C'est à un fait de cet ordre que se rapporte l'observation que je vous ai relatée au début de cette leçon.

Il peut se faire aussi, vous ai-je dit, qu'une anse soit comprimée ailleurs qu'au détroit supérieur, par exemple entre le dos du fœtus et la paroi utérine, quand le liquide amniotique s'est écoulé, quand l'utérus est rétracté, quand l'anneau de Bandl est contracturé.... , ou bien entre deux parties du fœtus lui-même, entre la cuisse et la jambe, le thorax et le membre supérieur... Les cas de ce genre comportent un pronostic moins grave que les précédents, la compression des vaisseaux ombilicaux étant moindre. En voici deux exemples que j'ai observés à la Charité. Dans le premier, il s'agissait d'une primipare chez laquelle le travail dura 33 heures. Le sommet se présentait en O. I. G. P. ; la poche des eaux fut rompue artificiellement à la dilatation complète, et le liquide s'écoula fortement teinté de méconium ; les battements du cœur étaient un peu ralentis. Grâce aux efforts énergiques de la femme, l'expulsion ne dura que dix minutes. Après la sortie de la tête, au moment où l'épaule antérieure se dégageait, on s'aperçut qu'elle était accompagnée par une anse de cordon ; il y avait en pincement du cordon entre l'épaule et la paroi utérine, d'où souffrance de l'enfant qui s'était traduite par la perte du méconium : il naquit pourtant en bon état.

Le second cas est celui d'une multipare accouchant pour la sixième fois en présentation du sommet, et chez laquelle, au moment de la rupture des membranes, qui eut lieu à la dilatation complète, du méconium sortit en abondance, en même temps que les battements du cœur se ralentissaient et devenaient soufflants. Presque aussitôt l'expulsion eut lieu, et on constata, au dégagement du tronc, qu'une anse de la tige ombilicale était comprimée entre le bras et le thorax du nouveau-né, qui se mit d'ailleurs à crier immédiatement.

2° *Enroulements du cordon : circulaires.* — Par suite des mouvements du fœtus, de la longueur de la tige funiculaire..., celle-ci peut s'enrouler autour d'une ou plusieurs parties du corps du fœtus, cou, tronc, membres, constituant ce qu'on appelle des *circulaires*. La fréquence en est assez grande, puisque d'après Veit Hecker, on les trouverait une fois sur 4 à 5 accouchements. Les circulaires autour du cou sont les plus communs et la compression vasculaire qu'ils déterminent est très variable, suivant qu'ils sont lâches, moyennement serrés ou très serrés, suivant aussi leur nombre.

J'ai indiqué déjà le danger des circulaires lâches qui favorisent la latérocidence du cordon. Les circulaires moyennement serrés sont ceux qui exposent le moins à la compression ; quant aux circulaires très serrés, qui sont les plus rarement observés, ils gênent ou peuvent même suspendre la circulation dans les vaisseaux ombilicaux ; ils déterminent des empreintes, des sillons plus ou moins profonds, parfois même des ecchymoses sur les parties molles : on leur a attribué dans quelques cas des amputations congénitales.

Quand des circulaires du cou accompagnent la présentation de la face, la compression peut avoir lieu entre l'occiput et le dos.

Le nombre des circulaires joue aussi un certain rôle ; il dépasse rarement le nombre de trois. Cependant Baudelocque en a vu 7 ; Crédé en 1859, 8 : l'enfant était mort-né. Chantreuil, dans sa Thèse d'agrégation de 1875, a rapporté une observation de Madame Walvogel, qui a compté également 8 circulaires : il y avait présentation de l'épaule, et en faisant la version, on en déroula 2 ; l'enfant naquit vivant avec les 6 autres. Müller cite dans son Traité d'accouchements un cas de 9 circulaires. Wydgodzki, de Vilna, a publié en 1875 une observation où le fœtus se présentant par l'épaule gauche avait 7 circulaires autour du cou ; le cordon mesurait 1m68, et l'enfant vint au monde mort. En 1901, une femme secondipare est accouchée dans mon service d'un enfant qui avait le cou entouré six fois par le cordon ; les circulaires étaient assez serrés : quand la tête fut sortie, on en sectionna un entre deux pinces, et on déroula les autres. Pendant le travail, il y avait eu écoulement de méconium, et les battements du cœur étaient devenus sourds ; néanmoins le fœtus, qui pesait 2.400 gr. eut à peine besoin d'être ranimé, et cria presque aussitôt ; le cordon était long de 83 cm.

Ces différents exemples montrent que la mort du fœtus n'est pas toujours la conséquence d'un grand nombre de circulaires.

Le pronostic des circulaires varie encore suivant la présentation ; il est plus grave avec le siège qu'avec le sommet, parce que dans le premier cas à la compression s'ajoute le tiraillement du cordon.

Le cordon est parfois enroulé autour du tronc ou des membres du fœtus, et les circulaires peuvent avoir alors des trajets très compliqués ; il y a des cas où le cordon entoure le cou, puis le tronc, puis un ou plusieurs

membres ; les dispositions les plus variées peuvent s'observer, le fœtus peut être à cheval sur son cordon, etc.... Dans tous ces cas, le danger varie pour l'enfant avec le degré de stricture des vaisseaux.

D'après Chantreuil, les circulaires n'amènent la mort du fœtus pendant le travail qu'une fois sur 120 accouchements. Elle peut résulter non seulement du fait de la compression des vaisseaux du cordon, mais encore, dans le cas particulier de circulaires autour du cou, de l'asphyxie déterminée par la compression exercée sur les veines jugulaires (Stein).

Il arrive quelquefois que les circulaires amènent la mort du fœtus pendant la grossesse, mais c'est pendant le travail que le danger est le plus grand.

B. — La compression peut résulter d'une anomalie du cordon. — Ces anomalies sont au nombre de trois : les *nœuds du cordon*, sa *torsion exagérée*, la présence sur son trajet de *brides amniotiques*.

1° *Nœuds du cordon.* — Ils ne sont pas rares ; certaines conditions favorisent leur formation : la grande longueur du cordon, l'excès de liquide amniotique, la vivacité des mouvements du fœtus. Il peut y en avoir un ou plusieurs. Parfois, le nœud, au lieu d'être simple, est compliqué : tel le nœud célèbre qui a été observé par Baudelocque, et auquel on a donné son nom. On peut voir, dans certains cas de grossesse gémellaire où les deux jumeaux sont contenus dans la même poche amnio-choriale, leurs cordons noués ensemble : M. Guéniot a rapporté un fait de ce genre à l'Académie de Médecine en 1880 : les deux cordons étaient entrelacés et unis par des nœuds ; les fœtus étaient morts et macérés.

On a discuté la question de savoir si les nœuds du cordon peuvent produire une compression suffisante pour amener un état de souffrance ou même la mort du fœtus. A la suite d'expériences consistant dans l'injection des vaisseaux funiculaires, Tarnier a admis qu'un ou deux nœuds simples n'interceptaient pas le cours du sang et que la circulation n'était supprimée que par trois nœuds serrés.

Il y a cependant quelques exemples où, avec un nœud unique, le fœtus a succombé ; mais il y a à ce propos une distinction importante à faire entre les nœuds de formation récente et les nœuds anciens. Chantreuil avait déjà fait remarquer que ces derniers déterminent une stricture plus profonde du cordon, l'atrophient même, et qu'il doit y avoir à leur niveau une altération de la paroi des vaisseaux. Ces lésions ont été démontrées histologiquement en 1893 par le Pr Lefour, de Bordeaux, dans un cas où l'enfant était mort avec un cordon qui portait un nœud serré. Il en confia l'examen à M. Coyne, qui constata que les vaisseaux étaient aplatis et leurs parois épaissies ; la lumière des artères et même de la veine était oblitérée par du sang coagulé et des végétations endothéliales. Plus récemment, en 1900, des recherches faites par Marchese lui ont montré qu'au niveau des points comprimés, dans un nœud de formation ancienne, il y a des déformations du cordon, une atrophie de la gélatine de Wharton, des altérations vasculaires, et que, dans ces conditions, le fœtus pouvait mourir.

Mais, en dehors de ces lésions, un nœud unique peut-il entraver la circulation ? Voici les résultats, sur ce point, des recherches et des expériences du Pr Lefour. Les injections poussées dans les vaisseaux lui paraissaient critiquables à cause de la forte pression à laquelle on soumet le liquide injecté : aussi, pour se rendre compte de la perméabilité des vaisseaux au niveau du nœud, a-t il substitué aux injections un écoulement de liquide provenant de deux flacons de Mariotte remplis d'eau salée et placés à la hauteur voulue pour faire équilibre à la pression normale intra-artérielle et intraveineuse du cordon (83 cc. d'eau pour l'artère, et 43 cc. pour la veine, d'après Ribemont-Dessaignes). En se plaçant dans ces conditions, il vit, en ce qui concerne la veine ombilicale, qu'un nœud non serré n'amenait aucun trouble de la circulation, qu'un nœud serré l'entravait, et qu'enfin un nœud serré, soumis à une pression de 100 gr., l'arrêtait presque, et à une pression de 150 gr. la suspendait. Dans les artères, un nœud non serré ou serré ne produit rien ; avec une pression de 100 gr., rien ; de 150 gr. un peu de gêne seulement. Si alors on augmente la pression, le nœud devient turgescent et se desserre, comme l'avait déjà vu Tarnier.

En remplaçant le vase de Mariotte par un cœur de tortue, M. Lefour n'a vu la circulation s'arrêter dans le cordon que si on comprime le nœud avec un poids de 500 gr.

La conclusion à tirer de tous ces faits est que si les nœuds du cordon sont souvent inoffensifs, il est impossible d'admettre avec Cazeaux qu'ils ne compromettent jamais la vie de l'enfant pendant la grossesse. Ils peuvent en effet causer sa mort : 1° quand le nœud est très ancien, quand les vaisseaux sont thrombosés et leurs parois altérées ; 2° lorsque le nœud est serré et qu'il subit en outre une compression, le cœur fœtal ne pouvant avoir raison de l'obstacle que si sa puissance contractile est très supérieure à la résistance que rencontre le sang au niveau du point comprimé.

2° *Torsion exagérée du cordon.* — Normalement, le cordon est tordu 70 fois sur 100 de droite à gauche, et 30 fois sur 100 de gauche à droite, et les artères décrivent tout autour de la veine *un, deux ou trois* tours complets. Mais cette torsion peut être exagérée et son excès porter sur une partie ou sur la totalité de la tige vasculaire.

Lorsque la torsion, bien que plus accentuée que normalement, n'est pas très prononcée, elle n'a aucune action sur le fœtus. En voici un exemple. Une femme multipare est entrée en septembre 1901 à la Charité, en travail, ayant une présentation de l'épaule droite en A.I.D. La version permit d'extraire un enfant vivant, de 3.610 gr. dont le cordon, long d'un mètre présentait, outre un nœud sur son parcours, de nombreux tours de spire ; aucune de ces anomalies du cordon n'avait porté préjudice à l'enfant. Il n'en est pas de même quand la torsion est considérable. On a cité des cas où le cordon avait 30, 60, 80, 95... tours de spire ; il est parfois tordu comme une véritable ficelle, et le fœtus succombe habituellement par suite de la compression à laquelle sont soumis les vaisseaux ombilicaux.

3° *Brides amniotiques.* — C'est un fait très rare que la compression et l'étranglement du cordon par les brides amniotiques. Dans la Thèse de Clément, en 1900, sont réunis les principaux faits observés. Il y a 2 cas de Braun, qui datent de 1854 et 1865 ; 1 cas de Pinard et Varnier, de 1890, représenté dans leur Atlas ; un de Couvelaire, publié en mars 1900.

La bride est ou large, comme dans les cas de Braun, ou étroite comme dans celui de Couvelaire. Il en résulte que la compression se fait sur une large surface, ou est au contraire linéaire. Dans tous les faits connus, les

enfants sont morts, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail (Couvelaire), soit aussitôt après la naissance (Braun).

Diagnostic de la compression. — 1° *Pendant la grossesse.* — Il est dans ce cas très difficile à établir. On peut soupçonner que le cordon est comprimé quand il y a un circulaire autour du tronc et que le dos du fœtus étant tourné en avant, on sent par le palper le cordon rouler sous le doigt entre la paroi abdominale et le dos, quand la pression du stéthoscope détermine en ce point la production d'un souffle funiculaire, enfin lorsque le fœtus donne déjà des signes de souffrance : battements ralentis, irréguliers, mouvements désordonnés. Mais le plus souvent rien ne permet de porter le diagnostic, et l'enfant meurt sans qu'on en sache la cause.

2° *Pendant le travail.* — On commence par constater que les bruits cardiaques sont accélérés, puis ralentis, sourds, irréguliers, et que le fœtus perd du méconium. Ces signes indiquent seulement la souffrance du fœtus sans établir qu'elle est due à la compression du cordon. Le toucher seul permet de reconnaître une procidence du cordon, une latérocidence ; les circulaires seront diagnostiqués par le toucher manuel.

D'une façon générale, le diagnostic est presque toujours incertain, en particulier dans les cas d'anomalie du cordon.

Pronostic. — Tantôt nul, tantôt grave, puisque la vie de l'enfant peut être mise en danger, le pronostic varie avec la cause de la compression. Il est plus sérieux dans le cas d'anomalies du cordon que dans ses déplacements auxquels il est parfois possible de remédier.

Traitement. — 1° *Pendant la grossesse.* — Il est nul. Je ne connais que le cas publié par Charrier en 1866, où il y ait eu intervention pour empêcher un enfant de mourir de compression du cordon. Charrier avait assisté, à sa seconde grossesse, une dame chez laquelle l'enfant avait succombé à 8 mois 1/2 et était né avec trois circulaires autour du cou. Cette dame devint enceinte une troisième fois ; au huitième mois 1/2 elle ressentit des mouvements violents et tumultueux de l'enfant, puis cessa de le sentir remuer. A l'auscultation, les bruits fœtaux étaient soufflants et ralentis.

Charrier provoqua immédiatement l'accouchement ; l'enfant rendit du méconium pendant le travail et naquit en état d'asphyxie. Il avait trois circulaires autour du cou, un enroulement du cordon autour du tronc et de la cuisse gauche : le cordon avait un mètre de long. L'enfant put être ranimé et survécut.

Malgré ce résultat heureux, on ne peut conseiller d'imiter la conduite de Charrier, car le diagnostic n'est rien moins que certain, et la provocation de l'accouchement ne supprime pas les accidents de compression qui peuvent survenir pendant le travail.

2° *Pendant le travail.* — Je résume brièvement ce qui a trait à la *procidence* du cordon.

Si les membranes sont intactes, il faut les respecter de façon à les conserver telles, autant que possible jusqu'à la dilatation complète. On sera donc très ménager de toute tentative de réduction qui pourrait les rompre. Le mieux sera de favoriser la réduction spontanée du procubitus en donnant au tronc une position déclive, c'est-à-dire en plaçant la femme soit dans le décubitus latéral, soit sur les genoux et les coudes.

Si les membranes sont rompues, la conduite à tenir diffère suivant l'état du col.

Avant la dilatation complète, l'expectation est indiquée si l'enfant ne souffre pas. Mais s'il souffre, il faut essayer de réduire le cordon, c'est-à-dire de le repousser dans l'utérus soit avec la main introduite dans le vagin, soit avec des instruments dits rétropulseurs ; l'attitude à donner à la femme n'est pas indifférente, et on réussira souvent mieux à opérer la réduction du cordon dans la situation genu-pectorale. Quand on ne peut réussir à remonter le cordon prolabé, il faut recourir à l'accouchement méthodiquement rapide, c'est-à-dire achever rapidement la dilatation du col, de préférence avec la main, et terminer l'accouchement. Quand la dilatation est complète, le seul traitement rationnel est de terminer l'accouchement par le forceps ou la version, suivant les cas.

Quand il existe une *latérocidence* reconnue et quand le fœtus souffre, il faut, si le col n'est pas suffisamment dilaté pour qu'on puisse appliquer le forceps, commencer par compléter la dilatation. En appliquant l'instrument, on évitera de pincer le cordon avec le bec des cuillers.

En cas de *circulaires*, les anciens s'efforçaient de les dérouler dans l'utérus, ou même d'aller sectionner profondément le cordon. Depuis Rœderer (1765), on n'intervient plus que lorsque la tête vient de se dégager. On essaye alors de faire passer le circulaire pardessus la tête ; ou si on ne le peut, on le repousse sur le tronc à mesure que l'on extrait celui-ci. Dans ce dernier cas, il est possible, comme l'a montré Rivière, de faciliter le passage du tronc à travers le circulaire, en dégageant successivement les bras.

Quand les circulaires sont trop serrés, il faut les sectionner entre deux ligatures ou deux pinces, et se hâter d'extraire l'enfant.

Dans les autres cas, où on est réduit à soupçonner seulement la compression du cordon, il faut agir comme on le fait toutes les fois que l'enfant souffre : terminer rapidement l'accouchement après avoir achevé de dilater le col, s'il ne l'était pas complètement.

LES CONGRÈS

Association française d'Urologie (20-22 octobre 1904). — La huitième session se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du 20 au 22 octobre 1904, sous la présidence de M. le Professeur Guyon. Secrétaire général : M. E. Desnos, 59, rue de La Boétie, Paris.

Congrès Français de médecine — 7e Session (Paris, 24-27 octobre 1904.) — Ce Congrès se tiendra cette année à Paris, du 24 au 27 octobre inclusivement, sous la présidence du professeur Cornil. Pour les renseignements et les communications, s'adresser à M. le Dr Enriquez, secrétaire général adjoint, 8, avenue de l'Alma.

1er Congrès International d'assainissement et de salubrité de l'Habitation (Paris, octobre 1904). — La Société Française d'Hygiène a pris l'initiative d'un Congrès d'Assainissement et de Salubrité de l'habitation qui se réunira à Paris du 15 au 20 octobre prochain. Les communications et demandes de renseignements doivent être adressées au Secrétaire général du Congrès, M. F. Marié-Davy, 7, rue Brézin, Paris (14e Arrond.).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

Remèdes proposés à l'encombrement de la profession médicale

Dans un article récent de l'*Echo médical des Cévennes*, M. le Dr Dumas, de Ledignan, examine la question, déjà ancienne et si souvent discutée, de l'encombrement de la profession médicale. Nous ne nous étendrons pas sur ce sujet que nous avons examiné ici à diverses reprises et qui a été l'objet, dans le *Concours médical*, d'une étude approfondie du Dr Gouffier, de Neuilly. Tout paraît avoir été dit sur ce thème et comme l'inscrit en tête de son article M. le Dr Dumas : *Acta non verba*, il ne faut plus parler, il faut agir. Ce sont donc des remèdes que propose notre confrère de l'*Echo médical des Cévennes*, ils sont difficiles à trouver ; l'auteur ne se fait pas d'illusions du reste, et ne demande qu'une chose, c'est d'en voir proposer de plus efficaces.

Quand il y a superproduction dans une industrie, dit M. Dumas, les chefs d'usine qui ne veulent pas se ruiner, limitent leur fabrication. Dans nos Facultés, dans nos Ecoles de médecine, loin de limiter la superproduction des docteurs, on l'exagère. L'émulation entre ces institutions n'existe pas toujours dans le but d'élever les études et la valeur scientifique du diplôme, mais elle paraît plutôt consister en la recherche du plus grand nombre d'étudiants. Pour pallier à cet inconvénient, M. Dumas propose un des deux remèdes ou mieux les deux à la fois : 1° un examen d'entrée très sérieux avant l'admission dans les facultés ou écoles, destiné à éliminer les fantaisistes et les incapables ; 2° la séparation dans les Facultés, du corps enseignant des jurys d'examen, la création d'un corps d'examinateurs qui iraient périodiquement faire subir leurs épreuves aux étudiants des diverses facultés ou écoles.

Ces deux méthodes sont bonnes, surtout la première, dont l'établissement du P. C. N. a été un essai qui a donné des résultats certains. Nous avouons nos préférences pour un crible serré à l'entrée de notre profession; c'est le moyen le plus sérieux d'éviter l'éclosion des fruits secs et la multiplication des déclassés.

La création de jurys d'examen spéciaux serait encore une réforme utile. Mais dans ce cas les membres de ces jurys ne devront pas oublier qu'ils doivent rester des médecins et ne pas tomber dans le système « des colles », malgré l'opinion très autorisée du Pr Brouardel, reproduite par la *France médicale*. Un examen de médecine ne doit pas être un examen « à colles » mais un examen pratique. La science du médecin ne vaut que par ses applications et il serait désastreux de voir les examinateurs transformer les épreuves du Doctorat en la recherche de charades anatomiques ou de logogriphes pathologiques, écueil où échouent trop souvent les examinateurs de profession.

L'application de ces deux remèdes et celle de la loi militaire avec suppression des dispenses seraient une atténuation à la crise médicale ; elles débarrasseraient notre corporation des médecins d'occasion des fils de propriétaires fonciers qui se font médecins pour augmenter leurs revenus, pour étendre leur influence tout en restant agriculteurs ; de ceux encore qui, dans l'enseignement par exemple, trouvent bon et utile pour l'avenir d'employer les longues heures de loisir que leur laisse une administration débonnaire à la conquête d'un diplôme facile qu'ils sauront ensuite parfaitement exploiter. Mais ce ne sera qu'une atténuation. Le mal a des causes générales contre lesquelles nous ne pouvons rien et la preuve, c'est que la crise médicale existe dans tous les pays. Il y a pléthore de médecins dans toutes les régions suffisamment riches pour leur permettre d'y végéter sinon d'y vivre. Notre profession subit une évolution fatale. Sacerdotale d'abord, la médecine est devenue philosophique puis scientifique. Elle s'est adaptée au niveau intellectuel de l'époque et à l'évolution de la Société elle-même et, si cette évolution continue, le médecin, dont le rôle devient prépondérant avec la place que l'hygiène prend de plus en plus dans notre organisation sociale, le médecin disons-nous, deviendra fonctionnaire. C'est une éventualité qui est loin de nous sourire, car, avec le Dr Dumas, nous préférons l'indépendance besogneuse du loup de la fable à la servitude dorée du chien de garde. Mais on ne peut pas arrêter une évolution, tout au plus peut-on la transformer. Nous ne voyons qu'un moyen d'éviter la chute de la profession médicale dans le fonctionnarisme. Ce moyen, c'est une solide organisation professionnelle, pouvant offrir à l'Etat moderne les services qu'il réclame, sans tomber elle-même dans la domesticité. De timides essais de cette organisation médicale ont eu lieu avec les syndicats, ils ont donné des résultats, mais bien insuffisants. Cela tient à ce que le médecin manque de prévoyance, ne conçoit la nécessité de l'organisation et de la lutte qu'au moment même où ses intérêts immédiats sont en jeu. Il ressemble un peu à cette aristocratie polonaise qui, folle d'indépendance et jalouse à l'excès de ses privilèges, ne voulut jamais tolérer un gouvernement stable jusqu'au jour où la tyrannie moscovite lui imposa la servitude.

Espérons que les médecins comprendront à temps la nécessité de s'organiser et de s'unir pour éviter le collier du fonctionnarisme. J. Noir.

Boîtes de journaux pour les malades des hôpitaux.

Sous le titre : Pour les hôpitaux, la *République des Pyrénées-Orientales* du 29 juin publie l'avis suivant :

« Nous rappelons à nos lecteurs qu'une boîte destinée à recevoir des journaux pour les hôpitaux et asiles fut posée par les soins de la municipalité républicaine sortante, à l'extérieur de la mairie. Nombre de personnes qui, après les avoir lus, détruisent les illustrés ou les quotidiens, feront une bonne œuvre en les glissant dans la boîte à ce destinée. »

Des boîtes analogues existent depuis une vingtaine d'années dans un grand nombre de gares. Elles ont d'abord été installées dans les gares de Paris. Dans son rapport de 1878 sur le projet de budget de l'Assistance publique pour 1879 (p. 37), le rapporteur, M. Bourneville, à l'occasion des *Bibliothèques des malades des hôpitaux*, demandait à la Commission du Conseil d'appeler

l'attention de l'Administration sur une pratique qui existait à Londres.

« Cette pratique, écrivait-il, consiste en ce que les Sociétés propriétaires des gares accordent à l'hôpital voisin la permission de placer, dans les salles d'attente, de grandes boîtes qui portent le nom de l'hôpital, et dans lesquelles les voyageurs jettent, en passant, des brochures et journaux destinés aux malades. Ajoutons encore que, à Londres, les directeurs des Journaux, des Revues et des Magasins illustrés se font un plaisir d'envoyer tout ce qu'ils peuvent aux hôpitaux, pour être mis à la disposition des malades. Nous ne doutons pas que la même pratique ne produise à Paris d'aussi bons résultats qu'à Londres. »

Dans son rapport de 1881 sur le projet de budget de 1882 (n° 85, p. 15), M. Bourneville revenait sur la question.

« En 1879 et en 1880, écrivait-il, vous avez de nouveau appelé l'attention de l'Administration sur les *Boites de Journaux* dans les gares. Nous avons le regret de vous annoncer qu'elle n'a rien fait dans ce sens, bien que la presse politique et la presse médicale lui aient, de nouveau, soumis les avantages de cette pratique de nos voisins d'Outre-Manche. Aussi vous demandons-nous de renouveler le vœu que vous avez déjà émis trois fois. »

L'insistance du rapporteur eut enfin raison du peu de zèle de l'Administration. Les démarches nécessaires auprès des compagnies de chemin de fer aboutirent, et des boîtes furent installées d'abord dans les grandes gares de Paris et progressivement dans les gares les plus importantes des lignes de chemin de fer. Si nous y revenons aujourd'hui, c'est pour inviter nos lecteurs à y déposer les journaux et les brochures dont ils n'ont plus besoin et faire appel à la grande presse afin qu'elle excite le zèle du public.. D[r] FREEMANN.

CONGRÈS FRANÇAIS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Quatorzième session tenue à Pau du 1er au 7 août 1904.

Rôle des muscles spinaux dans la marche normale chez l'homme ;

Par Henry LAMY (de Paris).

Les muscles spinaux participent à la marche d'une façon très active. Le fait est signalé par quelques auteurs (Gerdy, P. Richer) d'une façon sommaire. Je me suis efforcé de déterminer : 1° à quel moment précis les spinaux entrent en contraction dans le pas ; 2° quel rôle ils sont appelés à remplir dans la marche ; 3° quel changement d'aspect dans les reliefs de la musculature du dos correspond à leur contraction. 1° Au moment précis où le talon touche le sol, les spinaux du côté opposé se contractent d'une façon soudaine et énergique. Cette contraction se maintient du côté oscillant tout le temps de l'oscillation du membre. Elle cesse au moment où celui-ci, touchant le sol par son talon, devient portant à son tour, pour passer du côté opposé ; et ainsi de suite ; 2° Leur rôle est d'assurer l'équilibration latérale du tronc, de s'opposer à l'inflexion latérale du rachis vers le côté portant, et de maintenir la verticale passant par le centre de gravité du corps en dedans du pied de ce côté ; 3° La contraction mi-latérale des spinaux s'accuse par un changement d'aspect dans les reliefs musculaires du dos, assez caractéristique pour qu'à la simple inspection de cette région, ainsi que le montrent les photographies que je vous présente, on puisse reconnaître quel est le côté portant, quel est le côté oscillant, à condition qu'on ait affaire à un sujet maigre et musclé.

Le radium en thérapeutique nerveuse ;

Par le D[r] FOVEAU DE COURMELLES (de Paris).

Le radium, comme les rayons X et ultra-violets, est un analgésique puissant. Depuis deux ans, avec des activités de 140 et 10000, en application continue ou fragmentée, l'auteur a constaté l'action sédative sur la douleur, organique ou cancéreuse, nerveuse ou névralgique. La suggestion a été diminuée ou supprimée le plus possible, rien n'étant annoncé aux malades, et l'application du radium succédant toujours à d'autres agents médicamenteux ou physiques qui s'étaient montrés impuissants. Certaines névralgies faciales bien étudiées, examinées électriquement, anciennes, ont cédé plus ou moins rapidement ; certaines avaient déjà été opérées (élongation ou section des nerfs) sans succès ; de même une névralgie sciatique. Les douleurs en ceinture de deux ataxiques ont cédé pour un malade aux rayons X, pour l'autre au radium. Les applications, avec de faibles radio-activités du radium, en tubes, pommades, certaines argiles naturelles etc., étant pratiques et peu coûteuses il y a là un puissant analgésique à appliquer couramment en neurologie.

Les phénomènes morbides d'habitude ;

Par M. CROCQ (de Bruxelles).

Les phénomènes d'habitude extrêmement fréquents à l'état physiologique le sont plus encore à l'état pathologique. Si le système nerveux normal se laisse pétrir par des circonstances extérieures, le système nerveux anormal, plus suggestible, plus automatique, moins réfréné par le moi conscient devient l'esclave de l'habitude ; son fonctionnement psychique supérieur se trouve tout entier sous la dénomination du système psychique inférieur. A côté de la *douleur d'habitude*, décrite par Brissaud, des *tics d'habitude* de Meige et Feindel, il y a les *phobies d'habitude*, les *obsessions d'habitude* et aussi les *insomnies* et les *attaques d'habitude*. Les insomnies d'habitude sont très fréquentes ; elles constituent le reliquat sur un système nerveux spécial, des insomnies quelconques que celles-ci soient nerveuses, circulatoires ou toxi-infectieuses. Elles cèdent généralement vite à l'administration des hypnotiques qui régularisent les fonctions nerveuses en rendant l'habitude de dormir.

Les attaques d'habitude se rencontrent très fréquemment aussi ; elles sont hystériques ou épileptiques et constituent, comme tous les phénomènes morbides d'habitude, le reliquat sur un système nerveux prédisposé, du même phénomène (qui est ici l'attaque) provoqué une première fois par une cause tangible et qui se reproduit ensuite, sans raison autre que l'habitude. Ici encore, il suffit souvent de combattre la production du phénomène d'habitude pour obtenir une guérison définitive. L'auteur rapporte des cas d'insomnie et d'attaques d'habitude.

Un moyen épilepto-frénateur héroïque ;

Par M. CROCQ (de Bruxelles).

Autant il est unanimement reconnu que les attaques d'épilepsie précédées d'aura peuvent être quelquefois empêchées par des moyens que les malades mettent du reste eux-mêmes en usage, tels que la constriction d'un membre ; autant on s'incline devant l'impossibilité d'arrêter un accès lorsqu'il est commencé. Jusqu'à présent, nous ne pouvions rien en présence d'un malade en proie à un accès épileptique. Cette situation est heureusement changée actuellement ; il suffit en effet de *placer le malade sur le côté gauche*, pendant la période tonique, pour supprimer la période clonique et voir le patient revenir bientôt à lui. Ce procédé indiqué succinctement par Mac Conaghey, d'Edimbourg, constitue un moyen réellement héroïque d'arrêter les accès. Dans tous les cas où M. Crocq et son assistant, M. Marlow, ont eu l'occasion de l'employer, le succès a été complet. Ce procédé, d'une simplicité et d'une valeur remarquables, auquel M. Crocq donne le nom de *latéro-station gauche*, paraît capable non seulement d'arrêter les attaques, mais encore d'en diminuer la fréquence et l'intensité. On pourrait croire qu'en plaçant le malade sur le côté droit le résultat sera le même ; il n'en est rien, la latéro-station droite n'a donné que des insuccès.

Examen de la suggestibilité chez les nerveux ;

Par le Dr Schnyder (de Berne).

L'auteur a examiné la suggestibilité chez les nerveux soignés à la clinique du Professeur Dubois, de Berne, en les soumettant à une électrisation simulée pendant cinq minutes et en les interrogeant sur leurs sensations. Sur 203 sujets examinés (111 femmes et 92 hommes), la proportion des résultats positifs a été de 54 %. L'auteur a rencontré le plus de résultats positifs chez les neurasthéniques, soit 77 % chez les femmes et 61 % chez les hommes. Chez les sujets hystériques, au contraire, les phénomèmes de suggestion sont moins fréquents, surtout dans les cas d'hystérie à symptômes classiques (anesthésie cutanée, contracture, astasie-abasie) : 40 % de résultats positifs. L'auteur explique cette particularité par le fait du rétrécissement du champ de conscience des hystériques, qui les rend réfractaires à des suggestions nouvelles en dehors du système fixe de leurs auto-suggestions préexistantes.

Contribution à la thérapeutique du tabes; Le nitrite de soude ;

Par MM. Oberthur et Bousquet (de Paris).

Le nitrite de soude, qui a été employé en Italie par Pétrone, en Autriche par Winternitz et Pal, lesquels ont donné l'an dernier une brillante statistique, vient d'être essayé par les auteurs d'une manière systématique et continue. Il semble vraiment qu'il s'agisse là d'un médicament de choix, agissant sur les phénomènes douloureux d'une manière très efficace ; il a été le seul qui puisse arriver à calmer les cas dans lesquels les douleurs sont particulièrement continues et rebelles et où toutes les autres thérapeutiques échouent. De plus, le nitrite semble combattre très heureusement les phénomènes d'incoordination ; les cas soumis au traitement par le nitrite de soude qui ont été rééduqués ont tous fait des progrès beaucoup plus rapides que les malades non soumis à cette médication. — Le traitement par les piqûres semble supérieur à celui par ingestion.

Psychasthénie et diabète ;

Par MM. Oberthur et Chenais (de Paris).

Comme contribution à l'étude des rapports du diabète avec les troubles mentaux, les auteurs insistent sur l'importance de la recherche des signes du diabète chez toutes les névroses ou les psychonévroses, surtout lorsqu'il s'agit de malades de souche arthritique. Chez un assez grand nombre de malades atteints de psychoses dépressives ou d'états délirants ou confus, ils ont constaté la présence du sucre en quantité notable. Dans presque tous les cas un régime alimentaire sévère joint à la médication appropriée a amené très rapidement la sédation et la disparition des troubles psychiques.

Caisse des retraites ;

Par M. Dubourdieu (de Lesvellec).

Pas n'est besoin d'être depuis longtemps dans les Asiles pour savoir à quoi s'en tenir sur le sort fait aux médecins aliénistes de ces établissements en ce qui concerne les retraites. Dans un précédent Congrès, on s'est déjà occupé de cette question et malheureusement aucune solution favorable n'est intervenue, soit à cause de notre petit nombre, soit par apathie ou indifférence des intéressés, soit parce qu'elle fut exposée devant une majorité de congressistes n'ayant nul intérêt à la faire aboutir. Aujourd'hui que la loi sur les aliénés est près de venir en discussion et même en attendant qu'elle y vienne, il serait peut être bon de reprendre à nouveau ce sujet et de chercher à le solutionner d'une façon pratique. Ce faisant, nous revendiquerons simplement le droit qu'a tout fonctionnaire d'avoir une retraite assurée pour ses vieux jours et non plus, comme actuellement, d'être soumis à des statuts de caisse de retraite où tout n'est qu'aléa, arbitraire et souvent duperie, de sorte qu'on n'est jamais sûr, en entrant dans la carrière, de jouir en paix plus tard du fruit de son travail et de recevoir la récompense des services si chèrement rendus parfois à la cause de l'humanité de son pays.

Lésions de l'écorce cérébrale et cérébelleuse chez une idiote aveugle-née ;

Par MM. Taty et Giraud (de Lyon).

MM. Taty et Giraud présentent les résultats de l'examen, fait au laboratoire du Professeur Pierret, du cerveau et du cervelet d'une jeune idiote de 14 ans, aveugle par suite d'ophtalmie purulente des nouveau-nés, avec lésions plus graves de l'œil gauche et des voies optiques gauches, morte de tuberculose dans le service du Dr Viallon. L'examen nécropsique des yeux, fait par M. le Dr Louis Dor, a montré l'existence d'un double leucome avec disparition de la rétine et du cristallin gauche. Dans le cerveau, les lésions cellulaires (disparition d'un très grand nombre d'éléments, avec atrophie des éléments survivants) sont étendues aux deux hémisphères, avec un maximum dans les lobes occipitaux et le pôle frontal. Elles vont en décroissant dans le pli courbe, les circonvolutions rolandiques et les lobes temporaux. La destruction des éléments cellulaires est *totale* dans les deux scissures calcarines et les deux lèvres de ces scissures. La vérification des opinions de Herschen est donc possible même dans des cerveaux atteints d'une lésion généralisée.

Le cervelet est également atteint dans toutes ses parties. Les lésions y ont le même caractère (destruction d'un très grand nombre d'éléments, atrophie des survivants). Il a semblé aux auteurs que ces altérations sont prédominantes dans le flocculus gauche, fait en rapport avec les constatations du Dr L. Dor sur l'atrophie des flocculus chez les lapins qui ont subi une énucléation.

Deux cas de délire aigu traités avec succès par les bains frais ;

Par MM. Doutrebente et Marchand (de Blois).

Les malades ayant présenté, au cours du délire aigu pyrétique, des troubles gastro-intestinaux analogues à ceux de la fièvre typhoïde, MM. Doutrebente et Marchand ont eu l'idée de faire l'application du traitement de la fièvre typhoïde en donnant à leurs malades des bains de 28° pendant un quart d'heure, au nombre de 6 par jour ; ils ont adopté le régime lacté absolu et des purgatifs salins répétés à petites doses. Le résultat très favorable obtenu par ce mode de traitement a engagé ces auteurs à en faire la publication.

A propos des modifications de la moelle consécutives aux amputations des membres chez le têtard ;

Par MM. Brissaud et Bauer (de Paris).

Lorsque l'on compare la moelle de deux têtards de même âge ayant subi, le même jour, la même amputation, l'un des têtards n'ayant pas régénéré, l'autre régénérant ou ayant régénéré, on constate une différence manifeste entre les deux renflements lombaires. 1° Les lésions sont beaucoup plus accentuées et plus nettement délimitées chez le têtard qui ne régénère pas que chez le têtard qui régénère ; 2° L'examen du renflement lombaire de têtards qui, amputés des mêmes segments et en voie de régénération, ont été sacrifiés un temps plus ou moins long après l'opération permet d'observer la réparation progressive des régions médullaires causées par l'amputation ; 3° Les amputations de régénérations influent, mais influent peu sur l'état de la moelle ; elles n'arrêtent guère la réparation des altérations déterminées par la première amputation. Le nombre de ces amputations n'a aussi que fort peu d'importance à cet égard; 4° Cette restauration des lésions de la moelle n'est jamais parfaite. Il ne s'agit pas ici, comme au niveau des membres, d'une régénération. Les cellules qui ont été très vivement lésées tendent à disparaître grâce à l'intervention de macrophages ; il semble que ces cellules sont remplacées par des cellules nerveuses simples, voisines du groupe moteur, qui s'adaptent à de nouvelles fonctions. On n'observe pas de figures de kariokinèse.

Étude anatomo-pathologique d'un cas de paralysie infantile au point de vue de la topographie des muscles atrophiés et des localisations médullaires ;

Par MM. C. Parhon et J. Papinian (de Bucarest).

Nous avons pratiqué l'examen anatomo-pathologique d'un cas de paralysie infantile, quatre-vingt-ans après le début de la maladie. Tous les muscles de la jambe et du pied ainsi que le 3me adducteur, le biceps crural et la plus grande partie du quadriceps étaient réduits, microscopiquement au moins, à des masses adipeuses. Au point de vue de la topographie des atrophies, on pourrait parler dans ce cas d'une topographie segmentaire complète pour la jambe et le pied, incomplète pour la cuisse. On pourrait de même soutenir qu'il s'agit d'une topographie nerveuse incomplète ou d'une topographie radiculaire avec le même caractère. Nous ne voulons défendre aucune de ces théories. Nous estimons que la dernière ne peut être généralisée pour les raisons suivantes : 1° Parce que la paralysie n'intéresse pas toujours *tous* les muscles d'un territoire radiculaire ; 2° Parce qu'elle envahit souvent des territoires voisins ; 3° Parce que, ainsi que M. Marinesco l'a montré récemment, les notions de racine et de segment ne sont pas exactement superposables. A notre avis on exprime mieux la vérité et sans rien préjuger en disant que *dans la poliomyélite antérieure aiguë on rencontre une topographie spinale des muscles atrophiés*. En mettant en parallèle les muscles malades avec les groupements cellulaires absents et tenant compte des recherches antérieures nous concluons que : les groupements postéro-latéral et postpostéro-lateral de la moelle lombo-sacrée sont en rapport avec les muscles de la jambe et du pied. Dans les 1er et 2e segments sacrés, les deux groupements centraux innervent les deux chefs du biceps crural. Dans le 5me segment lombaire, le groupement central innerve le demi-membraneux et probablement aussi le demi-tendineux. Dans le 4me segment, le groupement central est en rapport avec le grand adducteur, le groupement externe avec le quadriceps.

Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement de quelques états vertigineux ;

Par le Dr Royet (de Lyon).

Le diagnostic de la cause des états vertigineux et de certains troubles de l'équilibre est assez difficile et parfois impossible. Je crois donc utile de signaler un moyen d'en isoler un groupe important, surtout que de ce moyen résulte un procédé pratique de traitement. Les états vertigineux qui proviennent de troubles de l'oreille ne sont pas toujours d'un diagnostic facile d'avec ceux dont l'origine est dans les centres nerveux : d'autant moins qu'ils peuvent exister en dehors de diminutions ou de perversions manifestes des fonctions auditives. Cette absence absolue ou relative de troubles auditifs peut se trouver en particulier dans les cas qui font l'objet de cette communication. Les lésions les plus variées de l'oreille ou de ses annexes peuvent déterminer des phénomènes de vertige. Contrairement à ce qu'on pourrait croire, la plupart du temps elles ne siégent pas dans l'oreille interne. A la suite de nombreuses recherches anatomiques et cliniques, j'ai reconnu que, très souvent, les états vertigineux sont sous la dépendance d'une lésion passée inaperçue jusqu'ici : la soudure de la trompe d'Eustache à la paroi postérieure du naso-pharynx. J'ai observé aussi que la destruction de ces lésions amène la disparition en *général immédiate* de l'état vertigineux Il y a donc là un moyen précieux de diagnostic et de traitement d'une catégorie importante d'états vertigineux. D'autre part, dans plusieurs cas, j'ai rencontré une association de cette maladie particulière à d'autres affections du système nerveux (ictus cérébral, etc.), dont la symptomatologie moins bruyante se trouvait par le fait masquée et dénaturée. Par le traitement des symphyses salpyngo-pharyngiennes j'ai pu faire disparaître tout un ensemble de phénomènes surajoutes et rendre possible un diagnostic exact. Etant donnée cette notion nouvelle, je crois qu'on ne peut juger avec certitude de l'origine réelle d'un état vertigineux et de sa signification sans tenir compte de la possibilité de cette cause particulière et sans l'éliminer d'abord par un traitement approprié.

Sur l'exploration clinique du sens musculaire ;

Par le Dr Claparède (de Genève).

L'exploration du sens musculaire participe aux difficultés inhérentes à toutes les déterminations de sensibilité : les sujets hésitent, se contredisent. et il est le plus souvent impossible d'apprécier par un chiffre le degré d'acuité sensible. Pour mesurer l'état de la sensibilité profonde, il est le plus simple, en clinique, de faire comparer des *poids* ; on peut aussi faire comparer les *volumes* de petits cubes de bois de 20 à 30 m/m de côté. J'ai remarqué que les malades donnaient des réponses beaucoup plus précises lorsque, au lieu de leur faire apprécier *successivement avec la même main*, deux poids, ou deux volumes. on permettait une comparaison immédiate en plaçant *simultanément dans chaque main* un des poids ou un des cubes à apprécier. Dans ce cas, il arrive que les malades atteints de troubles de la sensibilté ou de la motilité trouvent l'un des poids ou l'un des volumes plus grand que l'autre, même si ces objets sont égaux. Mais, chose curieuse, un certain nombre d'expériences nous ont montré qu'il n'y avait aucun parallélisme entre la force motrice et la sensibilité du membre, et le sens de l'estimation du poids ou du volume perçu par ce membre ; c'est-à-dire que certains malades surestiment les poids avec leur bras parétique ou hypoesthésique, tandis que d'autres le surestiment avec leur bras sain. Même fait s'observe pour la surestimation du volume. — Il n'y a pas davantage parallélisme régulier entre la surestimation du poids et du volume : toutes les combinaisons se sont offertes ; quelques malades surestiment et les poids et les volumes avec le bras sain ; d'autres idem avec le bras malade ; d'autres encore surestiment les cubes et sousestiment les poids avec le bras malade, etc. Ces expériences, qui demandent à être continuées et approfondies, montrent que la complexité des diverses modalités du sens musculaire est probablement encore plus grande qu'on ne l'a cru. Un très grand nombre de facteurs sensibles, moteurs, cérébraux, interviennent dans les perceptions de poids de volume, de forme, de position. Il est indispensable de connaître leur rôle si l'on veut arriver à interpréter les résultats fournis par les procédés usuels d'exploration du sens musculaire.

Des rétractions musculaires et de l'amyotrophie consécutives aux contractures et aux attitudes stéréotypées dans les psychoses ;

Par le Dr A. Cullerre (de La Roche-sur-Yon).

Dans les psychoses confusionnelles et stuporeuses, on observe couramment des phénomènes musculaires spasmodiques, raideurs, contractures, attitudes stéréotypées qui. dans un petit nombre de cas. peuvent, à la longue, entraîner dans les muscles intéressés des troubles trophiques plus ou moins graves, rétractions tendineuses et atrophies musculaires. Quatre observations détaillées en fournissent des exemples variés. Ces contractures et ces atrophies musculaires, chez les stupides et les déments, habituellement curables. mais pouvant, dans quelques cas, devenir définitives, rappellent l'atrophie musculaire des paralysies hystériques (Charcot, Babinski) et peut-être plus encore celle que l'on observe à la suite de certains spasmes professionnels, où l'on voit certains muscles inutilisés pour le travail à accomplir, mais néanmoins maintenus fortement fléchis en permanence, devenir peu à peu le siège d'atrophie et d'une rétraction définitive (Brissaud). Il s'agit, en somme, dans ces cas divers, mais analogues, d'une véritable maladie de Dupuytren dont la cause, au lieu d'être la conséquence d'une sorte de traumatisme externe, est constituée par une irritation permanente exclusivement *intérieure*.

De certains caractères psychologiques de la démence précoce et des limites de cette affection ;

Par le Dr René Masselon (de Pau).

Les caractères psychologiques de la démence précoce permettent de la différencier de certaines autres formes d'affai-

blissement intellectuel primitif, à côté desquels elle vient prendre place pour former le groupe des démences primitives. La suggestibilité, l'échomimie, l'échopraxie, les stéréotypies, la conservation des attitudes, le négativisme...etc., ne sont que des symptômes secondaires de cette affection : ils ne sont que les manifestations de l'affaiblissement intellectuel particulier. Cet affaiblissement est primitif et consiste en une incoordination intra-psychique (Stransky) primitive, une désagrégation totale des éléments de l'esprit avec vie autonome de ces éléments. Les états de confusion que l'on voit survenir au cours de la maladie sont épisodiques, l'affaiblissement psychique leur est antérieur ; aussi ne peut-on englober la démence précoce dans le groupe des confusions mentales. Les délires systématisés chroniques hallucinatoires évoluant vers la démence, bien qu'ayant une terminaison identique, ont des caractères psychologiques différents de ceux des déments précoces : ces délires, y compris le délire chronique de Magnan, forment le groupe de la démence paranoïde ou paranoiaque, démence primitive, qui vient se placer à côté de la démence précoce, mais qui est distincte d'elle. Certains débiles, qui, sous des causes banales, tombent dans la démence, présentent des caractères qui ressemblent à ceux des déments précoces : ces malades rentrent dans la conception de Morel et doivent être exclus du cadre de la démence précoce, psychose accidentelle.

Un cas de démence précoce avec autopsie ;

Par MM. Laignel-Lavastine et Raoul Leroy (de Paris).

MM. Raoul Leroy et Laignel-Lavastine présentent les coupes de l'encéphale et des viscères d'une femme de 23 ans morte tuberculeuse chronique à l'Asile des aliénés d'Evreux en octobre 1903 et observée dans cet asile depuis juillet 1899. Née d'un père alcoolique, délirant intermittent, sœur d'une paralytique infantile, réglée à 15 ans, douée d'une intelligence suffisante pour être restée 9 ans domestique dans la même maison, la malade entre à l'asile avec le diagnostic de « mélancolie avec hallucinations de la vue ». Négligente, paresseuse, irritable, éclatant de rire et fondant en larmes à chaque instant sans motif, elle manifeste des idées de grandeur, des idées érotiques et des idées de persécution. Successivement on note du négativisme, de la catatonie, une rémission de trois mois, puis une obésité énorme en quelques semaines, un négativisme et une stupeur absolus, puis une nouvelle rémission de mai à novembre 1902 et enfin une dernière période de stupeur avec accès d'excitation catatonique. A l'autopsie, aucune lésion macroscopique en dehors des tuberculeuses. Au microscope, on ne voit dans l'écorce cérébrale aucune lésion des méninges ni des vaisseaux : il n'existe pas d'inflammation ; les pyramidales géantes sont normales, mais peu nombreuses ; les grandes pyramidales sont de forme normale avec chromatolyse centrale ou totale et sont neuronophagées surtout au niveau du lobule paracentral ; à ce niveau seulement les petites pyramidales sont un peu atteintes ; les autres variétés de cellules sont normales. Cervelet, protubérance et bulbe paraissent normaux.

Le foie graisseux, la thyroïde un peu scléreuse, les reins, ont les caractères habituels des viscères trouvés à l'autopsie d'un phtisique. L'écorce cérébrale, comparée à celle d'un phtisique de même âge, paraît en différer par deux points : les grandes pyramidales sont plus touchées ; les pyramidales géantes du lobule paracentral sont plus rares.

Euphorie délirante des phtisiques ; étude anatomo-clinique ;

Par M. E. Dupré (de Paris).

L'état mental des tuberculeux a déjà fait l'objet d'études nombreuses, mais presque uniquement cliniques. J'apporte au Congrès l'histoire d'un cas dans lequel l'observation clinique de l'état mental ayant été suivie de l'étude histologique de l'écorce, les relations anatomo-cliniques les plus directes ont pu être établies entre les symptômes et les lésions.

Il s'agit, en résumé, d'un tuberculeux de 33 ans, atteint de phtisie subaiguë, fébrile, avec infiltration bilatérale étendue, et cavernulation rapide des sommets, lésions laryngées, cachexie rapide, etc., mort trois mois après le début des accidents. Durant toute l'évolution de sa maladie, le sujet, homme d'ailleurs cultivé et assez intelligent, a présenté, constamment, et à un degré extrême, les caractères d'ailleurs classiques de la mortalité des phtisiques subaigus : euphorie, optimisme, inconscience de la gravité de sa situation, illusions, projets, espoir ferme d'un avenir facile et heureux acceptation d'emblée des suggestions rassurantes et des explications quelconques relatives à ses malaises, etc. Cet état d'illusionnisme euphorique se marque, comme on le sait, chez ces malades, par le caractère souriant et parfois joyeux de la conversation, par l'éclat du regard, par une expression particulière de béatitude répandue sur le visage, et l'on a souvent insisté sur le pénible contraste qui existe entre les manifestations de cet état mental et la douloureuse réalité des choses.

Le malade meurt dans un coma asphyxique graduel et rapide. Nécropsie : lésions pulmonaires d'infiltration caséeuse classiques. Foie et reins gras. Rate énorme. Cœur mou et petit. Cerveau 1.220 grammes. Aucune trace de tuberculose méningo-encéphalique.

Léger élargissement des sillons ; ventricules un peu dilatés. Les méninges, molles, sont manifestement épaissies au niveau des lobes frontaux, sans adhérences, sans lésions tuberculeuses : l'épaississement prédomine en certains îlots, d'aspect blanchâtre.

L'examen histologique, pratiqué par le professeur Nissl lui-même, révèle les altérations suivantes : méningite hyperplastique, collogène, simple, ni exsudative, ni inflammatoire, ni spécifique : aucune diapédèse, à peine quelques rares macrophages clairsemés, au milieu de la stratification ondulée des fibrilles pie-mériennes. Légère prolifération de l'endothélium vasculaire, avec pigmentation jaune disséminée autour de certaines cellules de cet endothélium : quelques cellules en bâtonnet (Stabchenzellen) au voisinage immédiat des capillaires. Prolifération à peine marquée de la névroglie. Lésions profondes et diffuses des cellules nerveuses frontales : disparition du protoplasme avec dégénérescence en anneaux épineux, à la périphérie du corps cellulaire : excentricité du noyau, déformation du nucléole, qui se rapetisse et dont la membrane est plisée. Vacuolisation de certaines cellules pyramidales. Dégénération hyaline de la plupart des capillaires. Dans la substance blanche, lésions de début de putréfaction : lacunes avec dissolution de la substance médullaire, quelques traînées de streptobacilles le long de certains vaisseaux. Les mêmes lésions, mais beaucoup plus discrètes et moins avancées, s'observent dans les régions moyennes et postérieures du cortex. A ce niveau, simple vascularisation de la pie-mère.

Ces lésions, d'ordre toxique, de date récente, nullement subordonnées, d'ailleurs, aux altérations vasculaires, qui sont minimes, ni aux lésions méningées, qui sont plus anciennes et d'une autre nature, doivent être, dans leur siége cellulaire et leur localisation frontale, rapprochées du syndrome psychopathique offert par le malade et invoquées pour l'expliquer. Elles n'existent pas à ce degré et sous cette forme chez les tuberculeux qui n'ont pas présenté d'état mental particulier (Nissl).

Cet état mental, d'ordre démentiel, se rapproche par ses caractères des manifestations psychiques des cancéreux morphinisés, chez lesquels on peut observer la même euphorie optimiste, le même illusionnisme délirant, grâce aux doses élevées et rapidement croissantes du poison. Cette analogie, entre ces deux états psychopathiques démentiels subaigus chez des cachectiques, est un argument de plus pour rapporter à une intoxication l'euphorie délirante des phtisiques. Cette intoxication a ses facteurs dans les poisons bacillaires, l'insuffisance hépatorénale et l'anoxhémie subaiguë.

Cette observation est intéressante parce qu'elle établit clairement le substratum anatomique de l'état mental si spécial de certains phtisiques dans les lésions destructives des cellules du lobe frontal, et parce qu'elle permet de rapporter ces lésions aux processus de l'intoxication complexe

dont l'organisme est le siège dans la phtisie pulmonaire subaiguë.

En terminant ses travaux, le Congrès des médecins neurologistes et aliénistes qui s'est tenu à Pau du 1er au 7 août, a décidé que le XVe Congrès se tiendrait en 1905 à Rennes, sous la présidence du Dr Giraud (de Rouen).

Les questions choisies pour être l'objet de rapports sont les suivantes : 1° *De l'hypochondrie.* Rapporteur : Pierre Roy (de Paris) — 2° *Les névrites ascendantes.* Rapporteur : Sicard (de Paris) ; — 3° *La balnéothérapie dans les maladies mentales.* Rapporteur : Pailhas (d'Albi).

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

(Grenoble, 4-11 août 1904.)

—

Le Congrès de l'Association française pour l'Avancement des Sciences a tenu sa 33e séance à Grenoble, sous la présidence de M. Laisant. *Le rôle social de la science* a été le thème du discours d'ouverture.

La section des Sciences médicales était présidée par le Dr Perriol, celle d'Electricité médicale, par le Dr Béclère, et celle d'Hygiène et médecine publique, par M. Loir.

Nous relevons, parmi les nombreuses communications, les suivantes :

Pr Poncet (Lyon) : Psychose d'origine thyroïdienne. — Statistique des cas d'actinomycose originaires du Dauphiné.— Dr Manquat (Nice) : Infection bacillaire prétuberculeuse. — Drs Nicolas et Dumoulin (Lyon) : Laboratoire du Pr Arloing. 1. Influence de la splénectomie sur la richesse globulaire du sang, sur sa chaleur calorimétrique et sa teneur en fer chez le chien ; 2. Influence de la splénectomie sur les leucocytes du sang chez le chien.— Dr Girard (Grenoble) : Des goitres kystiques et parenchymateux. — Pr Teissier (Lyon) : Nosographie des déterminations pathologiques sur la portion sous-diaphragmatique de l'aorte.— Dr L.-F. Blanchard (Grenoble): Le mercure aliment du tissu syphilo-virulent. — Dr Bloch (Paris) : Kinésithérapie gynécologique. Sa valeur thérapeutique. — Le bain de lumière électrique. Etat actuel de la question.— Dr M. Natier (Paris) : Surdité et diphtérie ; son traitement par les exercices acoustiques au moyen des diapasons. Rééducation physiologique de l'oreille. — Dr Louis Dor (Lyon) : Les troubles de la vue d'origine thyroïdienne. — Dr Vincent (Lyon) : Fracture indirecte des deux rochers. Trépanation bilatérale. Prolongation de la vie. Influence désastreuse de l'alcoolisme sur les traumatismes. — Drs Porte et Audan (Grenoble) : Des imprégnations toxi-infectieuses passagères ou durables de la cellule nerveuse. — Dr Termier (Grenoble) : Thérapeutique chirurgicale des tuberculoses poly-articulaires. — Drs Delore et Piollet : Chirurgie du goitre de la Clinique du Pr Poncet. Statistique des goitres soignés de 1892 à 1904. — Docteurs L. Delair : Larynx et glotte artificiels. — Bercut : L'automasseur et perforateur Bercut. — Dr Leduc : 1° Antithermie par réfrigération précordiale ; 2° Les actions physiologiques du courant intermittent de basse tension ; 3° Etudes sur les lésions. — Dr Reboul (Nîmes) : 1° Un cas de goitre kystique ; 2° Traitement de l'anthrax par l'excision totale ; 3° Application chirurgicale des rayons Roentgen (Cancer, tuberculose). — Drs Brumpt et Wurtz (de Paris) : Résultats des études entreprises au Congo sur le mode de transmission de la maladie du sommeil. — Dr Foveau de Courmelles : Rayons X et radium dans la thérapeutique. — Dr Bérillon : Traitement physiologique des alcooliques et buveurs d'habitude ; la création et l'organisation d'un dispensaire anti-alcoolique à Paris. — Dr Battesti : Résultats obtenus dans la lutte contre le paludisme en Corse. Utilité et importance des ligues contre le paludisme. — Dr Barjon : Dispositif très simple permettant la régularisation instantanée des ampoules de Muller au cours d'un examen radioscopique. — Vernay : Traitement de la blennorragie aiguë et chronique par l'oxychlorure d'argent par voie d'électrolyse. — Picaud (A.) (Grenoble) : Géographie médicale du département de l'Isère. — Dr Langlois : De l'extension de la loi de 1889 sur les accidents du travail aux maladies professionnelles.— Dr Girard (Grenoble) : De l'hygiène publique à Bourg-d'Oisans et dans la montagne d'Oisans. — Dr Allard : Thérapeutique électro-magnétique. — Dr Belot : la radiothérapie appliquée au traitement des dermatoses. — Dr Moutier : Traitement de l'artério-sclérose par la d'Arsonvalisation. — Dr Jourdanet : Les rayons X à l'état actuel. — Locard : La dactyloscopie.

A la section d'*Anthropologie*, M. le Dr Marcel Baudouin a fait une communication sur *les Menhirs en grès du pays de Mont* (Vendée), et avec M. Lacouloumère : *Les mégalithes de Saint-Martin-de-Brem (Découverte d'une sépulture néolithique sous tumulus au Morgaillon).*

COMMUNICATIONS DIVERSES

Traitement de l'hypospadias balanique et pénien par un nouveau procédé ;

Par le Dr Bilhaut (de Paris).

L'auteur définit ainsi l'hypospadias : une malformation consistant dans l'ouverture anormale, congénitale, de la paroi inférieure de l'urèthre. Cet état, même dans ses modes les plus atténués, constitue une réelle infirmité : il prédispose l'adulte à contracter la blennorrhagie ; la miction se fait d'une manière défectueuse ; dans les cas d'hypospadias pénien, et à plus forte raison dans ceux d'hypospadias scrotal, l'incurvation de la verge augmente parfois de telle sorte pendant l'érection que le coït est matériellement impossible ; dans nombre de cas, la fécondation ne peut avoir lieu, l'éjaculation se faisant par un orifice trop rapproché du scrotum.

Ce sont là autant de raisons pour légitimer l'utilité d'une restauration jugée jadis impossible. Or, aucune réfection orthopédique ne comporte plus de mécomptes. Les anciens procédés n'ont donné de résultats définitifs qu'au prix de tâtonnements, de réfections successives, complémentaires, et l'on ne compte plus les échecs. Souvent, il faut s'en prendre aux motifs les plus futiles, en apparence : infection de la ligne de suture par le contact prolongé de la sonde à demeure ; retour d'un écoulement blennorhagique sous les mêmes influences ou par suite de la stagnation dans l'urèthre postérieur de quelques gouttes d'urine servant de bouillon de culture ; poussées trop énergiques d'une vessie devenue irritable ou enflammée au contact de la sonde et partant, éclatement de la ligne de suture, etc.

Un procédé nouveau, décrit et exécuté en premier lieu par Beck, marque une étape nouvelle et féconde ; il consiste à disséquer l'urèthre d'avant en arrière, à pousser assez loin la dissection pour utiliser l'élasticité de ce conduit et l'avancer assez pour le fixer, en fin de compte, à l'extrémité du gland. Pour cette fixation, le gland est perforé, de haut en bas ou de bas en haut, avec un bistouri aigu, à lame fine : on introduit dans ce tunnel une pince de Kocher qui, saisissant l'extrémité du canal, l'attire au ras de l'orifice balanique : là on le suture. Les lambeaux disséqués le long du canal sont alors réunis à points séparés sur la ligne médiane ; les fils traversent au passage la partie périphérique du canal, sans toutefois pénétrer dans sa lumière.

Avec ce procédé, plus de sonde à demeure et parfaite étanchéité du canal, à la condition que la dissection ait été très soignée : guérison comme une plaie des plus simples. C'est ce procédé qui est actuellement suivi par l'auteur. Il cite l'observation d'opérés plusieurs fois traités sans succès définitifs par les procédés anciens et guéris *per primam* par la mobilisation, l'avancement de l'urèthre et la fixation à l'extrémité du gland tunnellisé.

Les rayons X et le radium dans la thérapeutique du cancer ;

Par Foveau de Courmelles.

Toutes les lumières calmant plus ou moins les phénomènes douloureux, ainsi qu'au Congrès, en des communications antérieures, l'auteur l'a prouvé par des faits de guérisons de névralgies faciales par exemple, il devait se vérifier que les douleurs du cancer fussent soulagées par les rayons X et le radium : un certain nombre de cas, sans suggestion possible, sont venus démontrer l'analgésie par ces agents. La régression des lésions ou des tumeurs a été également indéniable le plus souvent. Cependant, quelques insuccès très nets se sont également produits ; ce qui im-

plique la nécessité de déterminer la nature exacte des cancers traités pour connaître les variétés passibles du traitement par les rayons de l'ampoule de Crookes et du radium, et ceux qui y sont réfractaires. Certains fibromes pouvant devenir cancéreux, l'auteur a pensé à traiter par les rayons X ceux qui s'accompagnaient de cachexie et ne voulaient pas être opérés : la régression a été très nette.

Incidemment, des névralgies faciales et sciatiques, des douleurs d'ataxiques ont cédé aux rayons X ou au radium.

Le travail manuel à l'école ;

Par le Dr Foveau de Courmelles.

L'enfant courbé sur des tables scolaires défectueuses et gavé cérébralement a besoin de détente, de repos, de changement d'occupations. Et quel est le meilleur, le plus utile que l'exercice de tous ses sens, vue, toucher, pour reproduire ou construire les objets vus, simples d'abord, puis de plus en plus complexes.

Le travail notamment ne donne-t-il pas la notion de l'étendue, des dimensions, des perspectives ? N'est-il pas dans tout, partout ? Toute réalisation de la pensée scientifique ou industrielle exige des objets, des appareils, qu'il faut pouvoir et savoir manier, utiliser, construire au besoin.

Au point de vue enseignement, l'examen tactile d'un objet en peut remplacer les plus longues descriptions en rendant concrètes et claires les idées qui s'y rapportent.

Au point de vue hygiénique et moral, la saine fatigue du travail manuel alternée avec le travail cérébral sera un modérateur de l'organisme et un producteur de repos qui empêchera souvent l'enfant de penser à des distractions malsaines.

REVUE DE KINÉSITHÉRAPIE

Contribution au traitement de la crampe des écrivains ;

Par M. le professeur Zabludowski de Berlin (1).

C'est en établissant d'une manière plus précise les différences qui existent entre les formes de troubles dans l'écriture, appelées très souvent encore aujourd'hui du nom général de « crampe des écrivains», que l'on pourra accommoder le traitement aux divers cas, et les résultats que l'on obtiendra se manifesteront plus clairement. Pour la répartition des cas en groupes, l'orateur rappelle ce qu'il a publié dans la revue *Volhmannsche Sammlung Klinischer Vortræge*, sous le titre : Ueber Schreiber-und Pianistenkrampf 1801, Leipzik, Breitkopf et Hœrtel « et dans la *Revue internationale de Thérapie physique*. Rome 1901 : De la crampe des écrivains et des pianistes.

C'est de la gravité du cas que dépendra le recours aux moyens orthopédiques qui joueront en quelque sorte le rôle de prothèses. En réalité, lorsqu'il s'agit de formes graves de la maladie, à savoir, la crampe dans le vrai sens du mot, on peut en arriver à obtenir encore une écriture suffisamment lisible, au moyen d'appareils dont la construction cependant sera très simple et qui n'exigeront pas, pour le maniement, des exercices spéciaux. C'est au groupe de formes de la maladie qui résistent à tous les traitements, qu'il faut classer les résidus d'attaques apoplectiques. On peut parvenir à faire fonctionner encore des doigts qui se contractent comme des griffes. M. le Professeur Zabludowski utilise, dans de telles circonstances, un porte-crayon qu'il a fait construire lui-même, car pour des cas semblables il faut renoncer à l'emploi de la plume et de l'encre. Ce porte-crayon se compose de deux billes de bois qui sont réunies par une tige transversale. L'une de ces billes est munie d'un trou, où l'on introduit le crayon, qui sera de 3 à 4 centimètres de longueur. Pour écrire, le malade tiendra, dans une main l'une des billes et, dans l'autre, la bille qui est munie du crayon. Il saisira cette dernière de façon à ce que le crayon passe entre l'index et le majeur, ou entre le majeur et l'annulaire. Les doigts contractés entourent alors la bille, et s'ajustent à sa forme sphérique. Lorsqu'on écrit, l'appareil sera conduit régulièrement par les deux mains dans la direction de l'écriture. Ce ne sont en somme que de grossiers mouvements de la main, mais il suffit d'un peu d'exercice pour obtenir une écriture facile à déchiffrer. Pour les formes plus légères de maladie, lorsque les suites de l'apoplexie ne se manifestent que par un tremblement ou une crampe, quand on écrit, on pourra passer assez vite des exercices avec porte-crayon à l'écriture au moyen du *porte-plume*, construit également par M. le Prof. Zabludowski. Sur ce porte-plume il a été installé, au tiers inférieur environ de la longueur, un appendice en forme d'ancre, qui s'introduit entre deux doigts quelconque, à l'exception cependant du pouce et de l'index. La main faisant le poing, conduira ce porte-plume, et les mouvements spéciaux que font habituellement les trois premiers doigts pendant qu'on écrit, ne seront pas nécessaires.

S'il s'agit de formes convulsives, à savoir la véritable maladie professionnelle, dans laquelle une crampe se produit presque uniquement lorsqu'on écrit, crampe primaire aux doigts atteints, ou crampe secondaire, provenant de l'insuffisance des muscles antagonistes, on parvient souvent à obtenir un effet de répression, « en fixant le poignet et le métacarpe au moyen d'un manchon de cuir, que l'on peut ficeler. Quelques copistes de profession ont pu continuer leur travail en utilisant ce manchon, mais dès qu'ils l'enlevaient la main refusait immédiatement le travail. Il sera très opportun et très efficace aussi, d'attacher comme nous l'avons déjà recommandé, l'index du malade au porte-plume, dans les cas où la crampe se manifeste de telle façon qu'après quelques lignes écrites par le malade, son index se replie et se retire en arrière de deux ou trois centimètres de sa position primitive à l'extrémité antérieure du porte-plume. Ce laçage de l'index au porte-plume s'exécute d'une manière très simple et très commode pour le malade, parce qu'il pourra y procéder lui-même, en entourant doublement la phalange basale ou moyenne de son index sur le porte-plume au moyen d'un petit anneau, ou bracelet, de caoutchouc. Notons, en passant, que le porte-plume, pour tous les cas de crampe de ce genre, sera à quatre arêtes et que l'anneau en caoutchouc rouge, qui doit s'appliquer exactement, est de 63 mm. de longueur, 7 mm. de largeur, et de 1,5 d'épaisseur. Cet anneau élastique cependant pourra être d'une épaisseur plus ou moins forte, en rapport avec la largeur du doigt et l'on peut s'en procurer de semblables dans la première boutique venue, où se vendent des articles de caoutchouc. Ce laçage sera d'ordinaire très bien supporté pour quelques pages d'écriture et l'index restera dans sa position correcte. Dans les formes paralytiques, lorsqu'il y a surtout engourdissement et que la main ou les doigts refusent de fonctionner, le tuyau de caoutchouc élastique, dont on entoure le métacarpe et le poignet, pourra rendre de grands services. Non seulement ce tuyau de caoutchouc est un soutien, mais nous pouvons encore compter sur l'effet du changement que produit ce laçage de la main, pour la répartition locale et la vitesse de circulation du sang, ainsi que pour la tension superficielle des tissus, et pour les irritations directes des nerfs. Après une écriture prolongée, ce laçage, suivant qu'il a été plus ou moins supporté, pourra être enlevé à deux ou trois reprises, puis replacé de nouveau. Lorsqu'on enlève le tuyau de caoutchouc, il se produit à la suite de la légère cyanose, produite par le laçage, une hyperémie, et les tissus sont ainsi plus promptement imbibés de sucs nutritifs. Il en est autrement des formes névralgiques très fréquentes, qui sont elles-mêmes souvent le début des formes subséquentes et plus graves, accompagnées de tremblements ou de crampes. Dans ces cas-là, où la douleur localisée ou étendue est la cause qui empêche d'écrire la tâche du médecin se confondra avec celle du maître d'écriture ou du pédagogue. C'est dans une position accommodée aux exigences du travail à accomplir, dans un maintien correct du corps et de la main lorsqu'on écrit, dans un choix de bons ustensi-

(1) LXXVIe Congrès des naturalistes et médecins allemands à Cossel ; division de Neurologie et psychiatrie.

les, puis en apprenant à sténographier et à écrire à la machine, et enfin dans la surveillance très stricte de l'écriture des élèves par les maîtres d'école au point de vue de la clarté et de la propreté, que se trouvent les moyens de combattre le surmenage des écrivains, ou, si l'on veut, d'empêcher le passage des formes légères de la maladie, à savoir les formes névralgiques et paralytiques, aux formes plus graves accompagnées de tremblements et de la crampe elle-même. De cette manière on obtiendra facilement que la force et l'énergie qui sont déployées pour l'écriture soient beaucoup diminuées. On ne mettra plus à contribution que les muscles et les nerfs, qui sont absolument nécessaires pour écrire, et les contractions ainsi que les relâchements de ces derniers, auront lieu à intervalles plus rationnels. De cette façon le temps de repos nécessaire sera toujours maintenu, et les points douloureux de pression seront suffisamment déchargés. Le massage est un moyen éprouvé de produire un effet fortifiant, antiphlogistique et aussi suggestif. C'est la raison pour laquelle il est d'un secours très puissant pour les méthodes de traitement que nous venons d'indiquer. Enfin l'on peut aussi mentionner les cas de tremblement de la main, qui proviennent de blessures causées par un accident et qui sont des manifestations d'hystérie à ses débuts, ou même de paralysie agitante. M. le prof. Zabludowsky a observé dernièrement un cas de luxation de l'articulation scapulaire, à la suite de laquelle, il était resté chez le malade une forte diminution de la mobilité de l'articulation elle-même, quoique le remboîtement ait eu lieu en temps voulu. Le malade avait subi une cure de mouvements très énergiques au moyen d'appareils médicomécaniques et de procédés manuels. On n'en arriva pas cependant à une mobilité suffisamment considérable, et le malade qui, peu avant l'accident, avait une écriture irréprochable, eut ensuite une écriture tremblotante. Ce n'est que lorsqu'on discontinua ces tentatives énergiques ayant pour but de rétablir sa mobilité, et à la suite d'exercices d'écriture méthodiquement exécutés, que l'écriture du malade s'améliora.

CORRESPONDANCE

Les services chirurgicaux hospitaliers et les accidents du travail.

Nous avons reçu la lettre suivante :

Monsieur et très honoré Confrère.

Je serais très heureux d'avoir votre opinion sur un fait que j'ai déjà soumis à plusieurs de nos confrères ; voici ce dont il s'agit.

Depuis plus de 30 ans, je suis médecin en chef de l'hospice de X..., et je dessers le service des hommes ; mon confrère, le Dr Y... est adjoint et a le service des femmes. Un de nos confrères de la localité, le docteur Z... n'est titulaire d'aucun service et par conséquent est étranger à l'hospice. Or, ce confrère a fait admettre dans les services dont je suis titulaire un blessé dont le patron est assuré. La commission administrative, sous le prétexte que les blessés ont le droit de choisir leur médecin (je reconnais cette liberté), la commission, dis-je, a autorisé ce confrère étranger à l'hospice à soigner son malade dans mon service et à mon exclusion; je n'ai même pas été prévenu.

Cette commission a-t-elle le droit d'agir ainsi? N'est-ce point contraire à tous les usages reçus et constants ? Il y a là une question de principe sur laquelle je serais, comme je vous le dis plus haut, heureux d'avoir votre opinion.

Mon honorable confrère le Dr Z... n'est nullement en jeu, m'a adressé une lettre d'excuses, mais ne m'a pas demandé de l'assister.

Pardon de vous importuner, et veuillez croire à l'expression de mes sentiments très distingués.

P. S. La commission de notre hospice aurait, m'a-t-on dit, l'intention, par une délibération qu'elle prendrait prochainement, de faire, de ce fait isolé, un usage constant; ceci sous toute réserve.

Nous n'examinerons pas le cas particulier de notre confrère, il est certain que la commission administrative, en prenant sa décision, lui a manqué d'égards et n'a pas respecté la légitime susceptibilité d'un médecin qui avait quelque droit à être consulté, surtout après trente ans de services rendus. Mais en envisageant le principe et en nous plaçant au point de vue général, nous ne saurions qu'approuver l'autorisation donnée aux médecins libres de soigner leurs blessés à l'hôpital de la ville qu'ils habitent et de les y opérer. Dans les petites villes, le médecin de l'hôpital monopolise en fait la chirurgie, car il est matériellement impossible à ses confrères de pratiquer une opération sérieuse. Pourquoi ne permettrait-on pas à tout médecin qui voudrait se soumettre à un règlement hospitalier d'opérer ses malades à l'hôpital sous certaines conditions imposées par des nécessités d'ordre ? Pourquoi, à Paris, la Maison Dubois ne serait-elle pas mise à la disposition du corps médical parisien, comme une véritable maison de santé ? Cette mesure libérale devrait être générale et non limitée aux accidents du travail. J. N.

VARIA

Exposition internationale d'hygiène.

L'Exposition internationale d'hygiène qui se tient au Grand-Palais, d'août à novembre, sous le patronage des Ministres du Commerce, de l'Industrie, des Postes et Télégraphes, de la Marine, de l'Instruction publique, de la Guerre, de l'Agriculture, des Colonies, etc., vient à peine d'ouvrir ses portes que des visites importantes lui sont faites, qui ne peuvent que lui donner plus d'éclat. C'était, entre autres, celle de M. Francotte, Ministre de l'Industrie et du Travail en Belgique. A la classe XI, qui comprend les Arts Médicaux-Pharmaceutiques, accessoires et produits chimiques, M. Francotte a été reçu par le Dr Leprince, *président;* MM. Buchet, Fumouze et Landrin, *vice-présidents*, et M. Prunier, *secrétaire*. M. le Dr Leprince a prononcé le discours suivant :

Monsieur le Ministre,

Nous sommes, mes Collègues et moi, particulièrement sensibles à l'honneur que vous voulez bien nous faire en venant visiter notre classe XI.

Personnellement, je suis heureux et fier de vous signaler l'importance et les particularités de notre Exposition.

Jamais, en effet, on n'avait réuni un pareil nombre d'exposants — plus de 180. — Ce chiffre atteste non seulement la vitalité de notre industrie, mais une vitalité intense qui s'accroît tous les jours par la création de nouveaux débouchés et le développement ininterrompu des anciens.

Je suis bien convaincu que si on relevait aujourd'hui la statistique que j'ai eu l'honneur de relever en 1900, à l'occasion du premier Congrès des spécialités pharmaceutiques, pendant l'Exposition universelle, — Congrès dont j'ai l'honneur de vous remettre un compte rendu — on constaterait une augmentation très importante des chiffres donnés par le service des douanes. Ces chiffres dépassaient pourtant, déjà à cette époque, quarante millions pour la France seule, bien entendu.

Vous trouverez encore, Monsieur le Ministre, la preuve irréfutable de notre importance dans les concours qui viennent à nous et qui témoignent que notre Industrie ne se sépare jamais de la science pure : la plupart de nos produits ne sont, en effet, que des applications, des découvertes de nos savants ou de quelques-uns d'entre nous.

Au premier rang, permettez-moi de vous signaler les échantillons de « Radium » qu'a bien voulu nous confier notre grand savant, M. Curie, dont le nom est, à l'heure actuelle, connu de tous les peuples de l'Univers.

Quelques autres applications de la science physique méritent aussi votre bienveillante attention.

Nous pouvons vous affirmer. Monsieur le Ministre, que nous nous retrouverons tous — et d'autres encore — à votre Exposition de Liége, l'année prochaine. Ce sera, en effet, une occasion de resserrer davantage, si possible, les liens d'amitié qui unissent nos deux pays. Cette Exposition sera, d'autre part, le rendez-vous d'un grand nombre de nos clients à qui nous serons heureux de montrer la persévérance de nos efforts vers la perfection de notre art et le soulagement des misères humaines.

Nous voudrions cependant, Monsieur le Ministre, appeler votre bienveillante attention sur un point de l'organisation de votre Exposition qui lèse aussi bien nos intérêts que ceux de l'industrie à laquelle nous sommes liés depuis trop longtemps.

La classe 87 comprend, en effet, l'Industrie chimique et l'Industrie pharmaceutique et hygiénique.

Grâce aux démarches pressantes de quelques-uns d'entre nous, nous avons pu obtenir la nomination de deux vice-présidents, l'un pour l'Industrie chimique, l'autre pour la Pharmacie, sous l'autorité du Président de la classe. Nous en remercions bien sincèrement et Monsieur le Président du Comité français et Monsieur le Président du Groupe.

Mais, vous estimerez, Monsieur le Ministre, qu'en présence de la qualité et de la quantité de nos exposants, la séparation des jurys s'impose aussi bien pour l'industrie chimique que pour la nôtre.

Nous vous demanderons donc, Monsieur le ministre, et bien respectueusement, de joindre vos efforts aux nôtres pour qu'il en soit ainsi.

Peut-être va-t-on dire qu'en fait il en sera ainsi, le jury se séparant en deux fractions, l'une jugeant les produits chimiques, l'autre les produits pharmaceutiques et hygiéniques, et le tout étant condensé en réunion générale et porté ainsi devant le jury supérieur : c'est, du reste, ce qui eut lieu en 1900.

Vous estimerez, avec nous, que ce n'est pas régulier et qu'il vaudrait mieux régulariser cette situation pour le plus grand bien de tous, et aussi, pour la satisfaotion de très légitimes aspirations.

Cette demande, Monsieur le ministre, servira de préambule à la séparation en deux classes distinctes pour les expositions à venir.

De nombreux applaudissements ont acccueilli le discours de M. le Dr Leprince. Après une visite détaillée de la classe XI, à laquelle le ministre belge a paru vivement s'intéresser, les visiteurs se sont séparés en se donnant rendez-vous pour l'année prochaine à l'exposition de Liége.

Nous ne parlerons pas aujourd'hui des détails de l'exposition actuelle, nous y reviendrons dans un article ultérieurement. Mais nous pouvons engager dès maintenant les hygiénistes et même ceux dont l'hygiène n'a pour eux qu'un intérêt détourné, d'aller faire un tour au Grand-Palais: ils y verront, certes, beaucoup de choses connues, mais y trouveront aussi beaucoup d'innovations et retireront de leur visite un enseignement précieux. A. Rouzaud.

Les blessures de la guerre russo-japonaise.

Les chirurgiens s'accordent, depuis que l'on fait usage des fusils à petit calibre, pour éviter d'intervenir autant que possible sur le champ de bataille, en appliquant un pansement antiseptique provisoire dont chaque soldat est porteur. L'*Echo de Paris* publie une correspondance de Chéfou qui donne d'intéressants renseignements sur les résultats de cette méthode mise en pratique par les Japonais :

« Un médecin américain qui sort des lignes japonaises dit que la méthode des Japonais, qui consiste à ne pas traiter les blessures sur le champ de bataille et à se borner à les envelopper d'un bandage sommaire antiseptique et dans tous les cas où il n'y a pas d'hémorragie abondante, donne d'excellents résultats. Le traitement de la blessure se fait ensuite dans les hôpitaux au Japon. De nombreux blessés par les balles arrivent même au Japon presque guéris. Sur 2.000 blessés ramenés au Japon dans un seul bâtiment, il n'y a pas eu un seul décès. En fait, sur 100 blessés qui rentrent au Japon avec un pansement sommaire antiseptique, on compte en moyenne 3 décès. On peut donc dire que tout soldat japonais qui n'est que blessé a de grandes chances de se remettre et de reprendre son service. Cela tient dans une large mesure aux habitudes de modération, à la sobriété du Japonais, à son alimentation simple et saine, dans laquelle dominent le riz et le poisson et où la viande n'intervient qu'à l'occasion. Néanmoins, les blessés russes faits prisonniers, traités par le système japonais, fournissent un pourcentage de guérisons presque égal. La vitesse extraordinaire des petits projectiles modernes est la cause d'une nouvelle complication dans les blessures, c'est l'anévrisme. Le major a assisté à 27 opérations pour anévrisme traumatique. »

Les eaux alimentaires à New-York.

L'*Echo de Paris* a publié les renseignements suivants sur les eaux alimentaires de New York. La grande cité américaine a actuellement 4 à 5 fois plus d'eau par habitant que Paris. La consommation parisienne n'est en moyenne que de 300.000 mètres cubes par jour 350.000 pendant les grandes chaleurs, tandis que la consommation de New-York dépasse 1.500.000 mètres. La population de New-York, qui était de 3.400.000 habitants au dernier recensement, sera, croit-on de 4.000.000 en 1910, et de 6.200.000 en 1920. L'eau, qui est en grande partie celle de la rivière Croton, est d'ailleurs de mauvaise qualité. Il faudrait qu'elle fût entièrement filtrée. Une commission spéciale, nommée l'an dernier, a donc décidé d'augmenter de 1 million 900.000 mètres cubes par jour, au moyen des affluents de l'Hudson, l'eau mise à la disposition de la ville. On aurait ainsi, vers 1920, une moyenne d'environ 750 litres par habitant. Les réservoirs parisiens peuvent contenir 600.000 mètres cubes. Les réservoirs de New York peuvent contenir 12.000.000 de mètres ; et ils seront portés à 20.000.000 de mètres. Enfin les réservoirs sur le Croton et l'Hudson dépasseront 640 millions de mètres cubes.

Exercices spéciaux du service de santé

(27-31 août 1904).

Programme général des exercices : *1re journée* : samedi 27 août, à 8 h. 45. Réunion des officiers dans la salle des adjudications (Corridor d'Arles. Hôtel des Invalides) entrée 51 *bis*, bd. Latour-Maubourg ; de 9 h. à 11 h. : Conférences par le directeur technique et par un officier d'Etat-Major ; à 11 h. 1/2 : Préparation, organisations des formations sanitaires et chargement du matériel. Le parc sera formé dans la grande cour de l'École militaire (Place Fontenoy). — *2e journée* : dimanche 28 août : 5 h. matin : départ des formations sanitaires pour *Joinville-le-Pont*, service de marche et cantonnement (chaque unité fera son cantonnement ; 2 à 5 h. soir : exercices pour les infirmiers et brancardiers des formations sanitaires. Démonstration du matériel. — *3e journée* : lundi 29 août : le matin. Marche des formations sanitaires dans une colonne de brigade. Combat entre Pontault et Roissy-en-Brie Attaque de Roissy-en-Brie. Fonctionnement du service de santé de l'avant (service régimentaire, ambulance divisionnaire et ambulance de corps) ; dans la soirée. Cantonnement à la *Queue-en-Brie*. Exploration nocturne du champ de bataille. — *4e journée* : mardi 30 août : le matin. Combat défensif sur la ligne *Pontault-Gombault* contre un ennemi venant de Roissy-en-Brie. Fonctionnement du service de santé de l'avant, mouvement rétrograde de la brigade, retraite des formations sanitaires, enlèvement du matériel, évacuation des blessés sur la ligne de retraite par les moyens des formations et par les moyens de réquisition ; dans la soirée : fonctionnement de l'hôpital de campagne. Cantonnement des formations à *Chennevières*. — *5e journée* : mercredi 31 août : 6 h. matin. Départ du convoi d'évacuation des blessés de campagne sur l'hôpital d'évacuation à la gare de *Plant-Champigny*. Organisation d'un train sanitaire improvisé ; 2 h. du soir. Dislocation des formations sanitaires.

Renseignements généraux. — Les exercices spéciaux auront lieu sous la direction technique de M. le médecin-principal de 1re classe Fluteau. MM. les médecins-majors de 2e classe Bettling et Visbecq donneront à MM. les officiers de réserve et de l'armée territoriale tous les renseignements nécessaires Tenue de campagne, sauf la giberne et le brassard, réservés aux officiers prenant part aux opérations sanitaires.

Moyens de transport pour se rendre sur le terrain : 1° le lundi 29 août, départ de la gare de l'Est : 5 h. 30, 7 h. 35, 7 h. 45, 7 h. 53, 9 h. 17 ; arrivée à Emérainville-Pontault : 6 h. 23, 8h. 10, 8 h. 20, 8 h. 45, 9 h. 58. — 2° le mardi 30 août : a) départ de la gare de l'Est : 5 h. 53, 6 h 49, 7 h. 7, 8 h. 13 ; arrivée à Varennes-Chennevières : 7 h. 3, 8 h. 07, 8 h. 53, 9 h. 8. — b) départ gare de la Bastille pour Varennes-Chennevières à l'heure 5' et 35'. — 3° le mercredi 31 août : a) Métropolitain jusqu'à la barrière de Vincennes (pour Champigny). — 1. Tramway de Joinville-Champigny, départ de la barrière à l'heure 2' et 32'. - 2. Tramway Nogentais, départ de la barrière à l heure 15', 35' et 45'. — b) Grande ceinture (pour Champigny) : départ de la gare de l'Est :

5 h. 53, 6 h. 49, 7 h. 7, 8 h. 13 matin ; arrivée à Champigny : 6 h. 35, 7 h. 32, 8 h. 18, 8 h. 59. Mêmes moyens de transport pour la gare de Plant-Champigny.

FORMULES

VII. — Contre l'athérome.

Carbonate de soude	10 gr.
Acide lactique	q. s. p. saturer
Ajouter :	
Acide lactique	10 gr.
Sirop simple	10 gr.
Eau distillée	100 gr.

A prendre dans la journée.

(D'après RUMPF, in *Le Médecin*.

AVIS TRÈS IMPORTANT. — Tout ce qui concerne la RÉDACTION et l'ADMINISTRATION doit TOUJOURS être adressé aux bureaux du journal, 14, *rue des Carmes*.

NOUVELLES

NATALITÉ DE PARIS. — Du dimanche 7 août au samedi 13 août 1904, les naissances ont été au nombre de 955, se décomposant ainsi : légitimes 705, illégitimes 250.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'apres le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 804, savoir : 409 hommes et 395 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 4. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 1. — Rougeole : 5. — Scarlatine : 0. — Coqueluche : 6. — Diphtérie et Croup : 9. — Grippe : 0.. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 2. — Autres maladies épidémiques : 2. — Tuberculose des poumons : 161. — Tuberculose des méninges : 19. — Autres tuberculoses : 13. — Cancer et autres tumeurs malignes : 52. — Méningite simple : 18. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 28. — Maladies organiques du cœur : 48. — Bronchite aiguë : 7. — Bronchite chronique : 15. — Pneumonie : 12. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 47. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 5. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 7 ; autre alimentation : 124. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 15. — Hernies, obstruction intestinale : 6 — Cirrhose du foie : 6. — Néphrite et mal de Bright : 11. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 6. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 2. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : 16. — Débilité sénile : 28. — Morts violentes : 26. — Suicides : 8. — Autres maladies : 92 — Maladies inconnues ou mal définies : 10.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 72, qui se décomposent ainsi : légitimes 46, illégitimes 26.

CORPS DE LA SANTÉ LA MARINE. — Sont nommés : *Médecins de 2e classe* : Les médecins auxiliaires de 2e classe sortant de l'école d'application dont les noms suivent : MM. Gocre, Caseneuve, Cauvin, Fatôme, Fockenherghe, Busquet, Lestage, Quéré, Hutin, Hénault, Gatrot, Gaubin, Janicot, Colomb, Caille, Lecalvé, Dupuy, Kervern, d'Adhémar de Lantagnac.

Pharmacien de 2e classe : M. Baylon, pharmacien auxiliaire de 2e classe, sortant également de l'école d'application.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont nommés chefs des travaux et de laboratoire ;

1° *Travaux pratiques*. — *Chimie* : M. Henriot, agrégé libre, chef : *Physique* : M. Weiss, agrégé libre, chef ; *Histoire naturelle* : M. Guiart, agrégé, chef. — *Histologie* : M. Retterer, agrégé libre, chef. — *Anatomie pathologique* : MM. Brault, docteur en médecine, chef ; Gley, agrégé libre, chef. — *Physiologie* : M. Camus (Lucien), docteur en médecine, chef adjoint.

2° *Laboratoire des recherches et d'enseignement*. — *Physiologie* : MM. Langlois, agrégé, chef ; Perret, docteur en médecine, chef adjoint ; *Thérapeutique* : M. Carnot, agrégé, chef. — *Pathologie et thérapeutique générale* : M. Desgrez, agrégé, chef ; M. Descoust, docteur en médecine, chef des travaux. — *Médecine légale* : MM. Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie ; Vibert, docteur en médecine chef du laboratoire d'anatomie pathologique. — *Chimie* : M. Maillard, licencié ès sciences, chef des travaux biologiques. — *Pathologie externe* : MM. Achard, agrégé libre, chef ; Gaillard, docteur en médecine, chef-adjoint. — *Hygiène* : MM. Lamy, docteur en médecine, chef du laboratoire de chimie, en remplacement de M. Wurtz ; Thierry, chef du laboratoire de bactériologie, en remplacement de M. Bourgès. — *Pharmacologie et matière médicale* : M. Brissemoret, pharmacien de 1re classe, chef.

3° *Laboratoires des cliniques*. — *Clinique chirurgicale* (Hôtel-Dieu) : M. Petit, docteur ès-sciences, chef. — *Clinique médicale* (Beaujon) : MM. Jousset, docteur en médecine, chef des travaux de chimie : Castaigne, docteur en médecine, chef des travaux d'anatomie pathologique. — *Clinique chirurgicale* (Charité) : MM. Lesné, docteur en médecine, chef du laboratoire d'anatomie pathologique ; Noé, chef adjoint des travaux bactériologiques chimiques.

Clinique médicale (Hôtel-Dieu) : MM. Loeper, docteur en médecine, chef ; Gouraud, chef-adjoint. — *Clinique médicale* (Laënnec) ; MM. Labbé (Marcel), docteur en médecine, chef ; Labbé (Henri), licencié ès siences, chef-adjoint. — *Clinique chirurgicale* (Pitié) ; M. Mignot, docteur en médecine, chef. — *Clinique médicale* (Saint-Antoine) ; MM. Rosenthal, chef des travaux d'anatomie pathologique et de bactériologie ; Winter, chef des travaux de chimie. — *Clinique chirurgicale* (Necker) ; M. Herrenschmidt, docteur en médecine, chef. — *Maladies du système nerveux* (Salpêtrière), MM. Huet, docteur en médecine, chef ; Alquier, chef des travaux d'anatomie pathologique. — *Clinique d'accouchement* (Tarnier) ; MM. Nicloux, docteur en médecine, chef ; Coudert, chef-adjoint. — *Clinique d'accouchement* (Baudelocque) ; M. Couvelaire, chef. — *Maladies mentales* (Sainte-Anne) ; MM. Serveaux, licencié ès sciences, chef du laboratoire de physiologie pathologique ; Rabaud, docteur en médecine, chef des travaux d'anatomie pathologique ; Dumas, docteur en médecine, chef du laboratoire de psychologie ; Revault d'Allonnes, docteur en médecine, chef-adjoint ; Schramek, docteur en médecine, chef des travaux ophtalmologiques ; Dupont, docteur en médecine, chef des travaux d'électricité et de photographie. — *Maladies cutanées et syphilitiques* (St-Louis) ; MM. Gastou, docteur en médecine, chef du laboratoire d'anatomie pathologique ; Fournier, docteur en médecine, chef du laboratoire de physiologie pathologique ; Desmoulières, pharmacien de 1re classe, chef du laboratoire de chimie. — *Clinique ophtalmologique* (Hôtel-Dieu) ; MM. Monthus, chef ; Pley, docteur en médecine, chef des travaux d'optique ; Gellé, chef des travaux d'oto-rhinologie. — *Maladies des enfants* (Enfants-Malades) ; M. Veillon, docteur en médecine, chef. — *Maladies des voies urinaires* (Necker) ; M. Hallé, docteur en médecine, chef (section de bactériologie et d'histologie) ; Debains, pharmacien de 1re classe, chef (section de chimie).

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — M. Morel, agrégé libre, est chargé pour l'année 1904-1905 d'un cours complémentaire de bactériologie ; Mlle Dassin, sage-femme de 1re classe, est nommée sage-femme adjointe à la clinique d'accouchements.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — M. Sambuc, agrégé, est chargé d'un cours de chimie organique et toxicologie.

M. le Dr Guibert, médecin du lycée de Saint-Brieuc, est nommé médecin honoraire.

M. le Dr Bellamy, médecin-adjoint au lycée de Saint-Brieuc, est nommé médecin dudit lycée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. le docteur Guérin, agrégé, est chargé du cours de clinique obstétricale pendant la durée du congé accordé à M. Grynfeltt (année scolaire 1904-1905).

M. le docteur Puech, agrégé libre, est appelé à l'exercice pendant l'année scolaire 1904-1905.

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — M. le docteur Bruch, professeur de clinique ophtalmologique, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

M. le docteur Cange, suppléant, est chargé du cours de clinique ophtalmologique.

ECOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT. — M. le docteur Jean Buy, ancien prosecteur à la Faculté de médecine de Toulouse, est chargé, pour l'année scolaire 1904-1905, du cours d'anatomie.

ECOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — M. Javillier, pharmacien supérieur de 1re classe, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est chargé du cours de pharmacie et matière médicale.

Un concours s'ouvrira, le 31 janvier 1905, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Tours.

THÈSES DE BORDEAUX (1903-1904). — MM. Bizière. Etude sur les cornes cutanées. — Corcelle. De la valeur du coefficient de robusticité Pignet et de la pression dynamométrique manuelle comme éléments de pronostic morbide. — Riou-Langal. De la pyolabyrin-

thite et de son traitement. — Cartais. Contribution à l'étude de l'actinomycose des canalicules lacrymaux. — Gauthier. Des insertions vraies des polypes fibreux naso-pharyngiens et de leur traitement. — Prioulat. L'occlusion intestinale pendant la puerpéralité.

MM. Souboureau. De la psychologie des voleurs dans les grands magasins. — Lanly. Dix ans de psychose post-puerpérale observés au service de l'isolement des délirants de l'hôpital Saint-André de Bordeaux (1902-1903.) — Boudet. Contribution à l'étude du rein polykystique de l'adulte. — Fauveau. Des névrites et atrophies du nerf optique à la suite de l'érysipèle de la face. — Desselle. Des tumeurs perlées de l'iris. — Legendre. Amputation de la jambe au tiers supérieur par le procédé bordelais. — Lécozier. Sur un procédé de sutures encore peu connu : les agrafes de Michel. — Baqué. Les amputations basses dans les gangrènes par endartérite chronique. — Tuber. Contribution à l'étude des tumeurs malignes du testicule en ectopie inguinale. — Joly. Contribution à l'étude séméiologique et thérapeutique des dacryocystites d'origine nasale.

MM. Barreau. Contribution à l'étude des kystes huileux péri-orbitaires. — Gonin. Etude de l'épilepsie expérimentale par les courants intermittents de basse tension. — De Champtassin. Considérations sur l'entraînement athlétique. — Robineau. Valeur sémiologique de l'anesthésie conjonctivale et cornéenne dans l'hystérie. — Arquier. Considérations générales sur la suppléance nerveuse dans un cas de paralysie faciale. — Brunet. Contribution à l'étude de l'assistance des dégénérés en France. — Dufour. Contribution à l'emploi thérapeutique de la diéthylmalonylurée (véronal). — Coulongeat. Contribution à l'étude des amers et de l'action qu'ils exercent sur les rapports des éléments du sang. — Codet-Boisse. Evolution clinique à type malin dans les fibromes de l'ovaire (fréquence de ce type). — Vigen. Le talent poétique chez les dégénérés.

MM. Fleury. Traitement des brûlures par le pansement au sérum. — Antoine. Etiologie et pathogénie des ptoses viscérales. Leur traitement chirurgical. — Aka. Etude anatomo-clinique sur le sinus latéral. — Dubreuil. La ponction lombaire à l'hôpital des enfants de Bordeaux. Notes statistiques. Nov. 1900-Mai 1904. — Richomme. Quelques considérations sur le rein mobile chez les dyspeptiques. — Lemaire. Du cocaïnisme aigu et chronique par la muqueuse nasale. — Wichn. Le service médical dans le Bled et les internes français des hôpitaux de Tunisie. — Athané. Contribution à l'étude de la mucocèle ethmoïdale. — Guignot. Pneumococcies oculaires. — Boismoreau. Contribution à l'étude de la vascularisation du diploé.

MM. Lemeignen. Sur le traitement des opacités cornéennes par les injections sous-conjonctivales d'eau de mer et d'air. — Lecompte. Des fractures du premier et du cinquième métatarsiens et en particulier de leurs fractures par arrachement.— Nouvat. Rougeole et grossesse. — Roche. L'ovaire des fibromateuses (Anatomie pathologique). — Fraysse. De l'anurie au cours des fibromes de l'utérus et kystes de l'ovaire. — Bergonier. Des erreurs attribuées à la radiographie des fractures. — Harismendy. Traitement de l'hypospadias balanique par la méthode de Beck (de New-York). — De Boucaud. Contribution à l'étude des nævi considérés comme un signe de malignité dans les tumeurs (signe de Trélat) notamment dans les tumeurs malignes profondes de l'abdomen. — Sonder. Etudes sur les variations de l'astigmatisme cornéen avec l'âge. — Saucet. Contribution à l'étude des arthropathies de la syphilis héréditaire tardive.

MM. Galthier. Recherches sur la sensibilité cutanée aux rubéfiants en particulier au chloroforme, à l'état normal, et dans quelques états pathologiques. — Tahier. Stupeur catatonique et stupeur mélancolique. — Quillier. Contribution à l'étude des paralysies oculaires d'origine hérédo-syphilitique. — Mathlo. Evolution du traitement de la carie dentaire. — Dudon. Les tumeurs primitives du muscle masséter.

Manœuvres de santé. — Les manœuvres du service de santé du 6e corps d'armée auront lieu cette année, au camp de Châlons. Elles dureront cinq jours, du mardi 11 au samedi 14 octobre prochain.

Ecole du service de santé militaire. — Le ministre de la guerre a fixé à 976 fr. 31 le prix du trousseau des élèves à admettre à l'Ecole du service de santé militaire en 1904.

Le problème des eaux alimentaires de Paris — Une commission a été instituée par le Conseil général de la Seine, afin d'étudier les différents procédés employés en Allemagne pour l'épuration des eaux alimentaires. Cette délégation est partie le 20 août de Paris. Elle est composée de MM. Ernest Moreau, Parisot, Chenal, Carmignac et Páris, conseillers généraux. Elle a pour mission d'étudier les adductions d'eau des sources, procédés de filtrage, épuration et stérilisation des eaux alimentaires, ainsi que les différents services d'hygiène tels qu'ils sont compris de l'autre côté du Rhin. Cette délégation visitera sucessivement Berlin, Magdebourg, Hambourg, Francfort et Elberfeld. Une conférence a eu lieu, à l'Hôtel de Ville. Les détails de ce voyage ont été arrêtés. M. Bechmann, chef du service des eaux, et le docteur Monod, directeur du service d'hygiène de la préfecture de la Seine, accompagneront la délégation.

Laïcisation d'hospice. — La Commission administrative de l'hospice de Croix, réunie sous la présidence de M. Desbarbieux, maire, a voté la laïcisation de l'hospice. (*L'Aurore*, du 14 août.)

Le congrès de zoologie de Berne. — Le congrès international de zoologie a désigné comme président du prochain congrès, à Boston. en 1907, le professeur Alexandre Agassiz. Au banquet qui a réuni les congressistes, de nombreux discours ont été prononcés par MM. le professeur Studer, de Berne, président du congrès ; Gobat, président du gouvernement bernois ; le professeur Perrier, de l'Institut, président de la délégation française, qui a porté un toast aux dames suisses ; le professeur Fujai, de Tokio, et le professeur Janet, de Beauvais, qui a bu à la ville de Berne.

Assistance publique. — Le samedi 24 septembre 1904, à 2 heures, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria. no 3, à l'adjudication au rabais et sur soumissions cachetées de la fourniture des articles de pansement, gazes et cotons antiseptiques, mackintosch, protective. etc., nécessaires au service des établissements de cette administration pendant un an à partir du 1er octobre 1904. Les fournitures sont évaluées approximativement avant rabais : 1er lot : gaze iodoformée et au saiol, 27.500 fr. ; 2e lot, coton au salol et boriqué mackintosch. protective boriquée, 17.500 fr. ; 3e lot, coton hydrophile, 37.500 kilogs. ; 4e lot. coton hydrophile, 35.500 kilogs. S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au bureau de l'exploitation du matériel et de l'alimentation de ladite administration, avenue Victoria, no 3, à Paris, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

Un hospice a Conflans-Sainte-Honorine. — Cet établissement, dont la construction touche à sa fin, est dû à la générosité de Mme veuve Richard, décédée en 1898, léguant à Conflans 400.000 francs. Les plans ont été faits par M. Lenfant. L'hospice est situé au milieu d'un parc de 22.000 mètres.

Etouffée par un ballon. — Un accident mortel véritablement extraordinaire s'est produit devant le numéro 113 du faubourg Saint-Antoine. Une dame gonflait et dégonflait un ballon en soufflant et aspirant tour à tour, lorsque, soudain, une aspiration trop violente lui fit avaler l'objet, qui demeura engagé dans l'œsophage. La pauvre femme voulut se lever, mais elle tomba à la renverse, inanimée. Tous les soins qui lui furent prodigués demeurèrent sans résultat, et elle ne tarda pas à succomber, étouffée.

L'Esprit des autres. — « Je sais que la vie ne vaut la peine d'être vécue que si on lui assigne pour but une œuvre d'intérêt général assez haute pour que nous puissions grandir aux proportions sinon de nos actes, au moins de nos espérances. Et quand on a senti passer l'annonce de la fin, comme un voyageur pressé qui s'efforce d'accumuler le plus de sensations des hommes et des choses dans les dernières heures qui précèdent le départ, il vous vient une hâte de rattraper ce qui se peut des jours perdus, par un meilleur emploi des heures indéterminées qui vous sont encore imparties. Qui connaît bien les hommes ne redoute rien d'eux, car ils sont sans puissance sur celui qui, ayant pesé leurs jugements au juste poids, s'abandonne aux mobiles supérieurs capables de le lancer et de le soutenir à travers tout dans la lutte pour les nobles causes, source éternelle de la beauté de la vie. » (G. Clémenceau, *L'Aurore* du 19 août.)

Mot de la fin. — Le Dr X... est en train de faire une partie de whist lorsqu'un client l'appelle au téléphone et le prie de venir sans perdre une minute. — Bien, répond le confrère, j'achève mon mort et je suis à vous. — Et le docteur a été tout étonné, en arrivant chez son client, de se voir refuser la porte avec indignation. (*Marseille Médical* du 15 août.)

Chronique des hôpitaux de Paris.

Hospice de Bicêtre. — M. Bourneville. Visite et présentation de malades le samedi à 9 heures et demie très précise.

Hospice de Bicêtre — M. A. Léri, chef du laboratoire, commencera un cours de clinique et d'anatomie pathologique des maladies du système nerveux le 12 septembre, à 2 heures, et le continuera trois fois par semaine.

Programme du cours : Sémiologie générale du système ner-

veux. Modes d'examen. Exposé symptomatique des différentes affections des centres nerveux (cerveau et mœlle) et des dystrophies (acromégalie, achondroplasie, myxœdème, etc.) avec présentation de malades. Examen ophtalmoscopique. Cyto-Diagnostic. Electro-Diagnostic. Exercices de Radioscopie clinique. Notions d'électrothérapie, de radiothérapie et de psychotérapie. Démonstrations d'Anatomie pathologique. Technique histologique du système nerveux. Les principales méthodes de coloration. Présentation de pièces et de coupes microscopiques. Le cours comprendra 20 leçons. Chaque leçon durera 2 heures. Les inscriptions sont reçues dès maintenant à Bicêtre, le lundi de 2 à 4 heures, ou par correspondance, le droit est de 80 francs.

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. — MM. les Drs Scrini et Poulard, chefs de clinique, et M. le Dr Monthus, chef de laboratoire, commenceront, le 1er septembre 1904, à 2 heures, à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, un *cours de revision* avec conférences, examens cliniques, recherches de laboratoire et exercices de médecine opératoire. Le cours aura lieu tous les jours et durera environ trois semaines. Le droit à verser est de 50 fr.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie MALOINE
25 et 27, rue de l'École-de-Médecine.

Biais (A.). — L'eau potable. 1 vol. In-8° de 176 pages. Pr. 3 fr.
Boureau. — De la valeur du procédé de Lorenz, de l'opération sanglante de Hoffa et des appareils orthopédiques dans le traitement des luxations congénitales de la hanche. In-8° de 40 pages.

Librairie O. DOIN
8, place de l'Odéon.

Rothschild (H. de). — Dyspepsie et infections gastro-intestinales des nourrissons. 1 vol. In-8° de 192 pages avec fig. Pr. 4 fr.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE
19, rue Hautefeuille.

Chazarain-Wetzel. — La bactériologie de la tuberculose pulmonaire. 1 vol. In-8° de 264 pages.

Andersson (Ivar). — Berattelse om allmanna halsotillstandet i Stockholm. 1 vol. In-8° de 150 pages. Beckmans à Stockholm, 1904.
Jimenez et Palma. — Mémorias del laboratorio V de la seccion de dentistica. In-8° de 78 pages. Valenzuela à Santiago. 1904.
Report of the surintendant of gouvernment laboratories in the Philippine islands. 1 vol. In-8° de 622 pages.
Thiriar (J.). — La technique opératoire et les indications générales de la méthode oxygénée. 1 vol. In-8° de 48 pages. Hayez, imprimeur à Bruxelles
Warfinge (F. W.). — Arsberattelse fransabbatsbergs spikhus i Stockholm. 1 vol. In-8° de 236 pages. Isaac Marcus à Stockholm, 1904.

Le Rédacteur-Gerant : Bourneville

Imprimerie Daix frères, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.



3e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XX. N° 36 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 3 SEPTEMBRE 1904

Le Progrès Médical

OPHTALMOLOGIE

Etude sur le chancre syphilitique de l'œil;

Par le Dr F. **TERRIEN**,

Ancien chef de Clinique ophtalmologique de la Faculté.

Généralités. — Le chancre syphilitique qui, on le sait, a pour siège le plus habituel la région génitale, peut se rencontrer sur n'importe quel point de la peau et des muqueuses. Il est alors désigné sous le terme de *chancre extragénital*.

Pris dans leur ensemble et sans s'inquiéter de leurs localisations particulières, ces chancres extra-génitaux se rencontrent beaucoup plus fréquemment chez la femme que chez l'homme, la proportion étant de 16 % environ chez la première et de 5 à 6% chez le second (A. Fournier). Mais parmi ceux-ci les uns sont fréquents, tels, par exemple, le chancre du doigt, le chancre du mamelon, d'autres beaucoup plus rares et en particulier le chancre de l'œil. Il faut d'ailleurs distinguer ici entre le chancre du globe oculaire proprement dit et le chancre des annexes : paupières, conjonctives et appareil lacrymal.

Le premier ne pourrait à la rigueur se rencontrer que sur la cornée, toutes les autres parties du globe oculaire n'étant pas accessibles directement, et il ne paraît pas avoir encore été décrit. Le second peut se rencontrer sur les paupières, la conjonctive et même l'appareil lacrymal. C'est lui qu'on désigne un peu improprement sous le terme générique de chancre de l'œil et qui serait mieux dénommé : chancre palpébral, conjonctival, lacrymal.

Contrairement à ce qu'on observe pour les chancres extra-génitaux en général, le chancre de l'œil est plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Enfin la proportion est également très variable, suivant la localisation et presque tous les cas observés se rapportent à des chancres palpébraux ; le chancre conjonctival est tout à fait exceptionnel.

Le siège anormal du chancre et les caractères anatomiques de la région au niveau de laquelle il apparaît viennent modifier beaucoup l'aspect classique sous lequel il se montre habituellement.

Nous rappellerons donc tout d'abord les caractères du chancre et verrons ensuite les particularités qu'il présente suivant la région sur laquelle il se développe.

Le chancre syphilitique habituel, si bien décrit par le Pr Fournier, est caractérisé par une érosion très limitée, arrondie ou ovalaire ;

érosion superficielle, plate et de niveau avec les parties voisines, quelquefois même légèrement surélevée, rarement au contraire creuse et excavée, n'ayant pas de bords véritables et se continuant de plain-pied avec les tissus sains périphériques ;

érosion rougeâtre, à fond lisse, uni, suppurant très peu, doublée d'un très léger épaississement des tissus et reposant sur une base rénitente ;

érosion enfin accompagnée d'une adénopathie correspondante (A. Fournier).

Cette adénopathie, symptomatique du chancre infectant, acquiert ici une importance capitale, en raison des déviations du type normal qui rendent le diagnostic parfois très difficile. Elle sera donc soigneusement recherchée. Tous les lymphatiques des annexes du globe oculaire viennent se réunir en deux groupes distincts : l'un, *externe*, formé par les lymphatiques de la moitié externe des paupières, se dirige en dehors et vient se terminer dans un petit ganglion situé à un centimètre environ au-devant du tragus, le *ganglion pré-auriculaire*. Ce ganglion, difficilement perceptible à l'état normal, peut atteindre, lorsqu'il est envahi, les dimensions d'une grosse amande et même davantage. Il devient alors facilement accessible. L'autre groupe de lymphatiques, *interne*, résumant les lymphatiques de la moitié interne des paupières, se dirige en dedans vers l'angle interne des paupières ou canthus interne, puis, se réunissant là aux lymphatiques qui entourent les terminaisons de l'artère et de la veine faciale, vient se terminer dans les ganglions sous-maxillaires.

C'est donc au niveau de ces deux régions, *région pré-auriculaire* et région *sous-maxillaire*, qu'il faudra aller rechercher l'adénopathie symptomatique du chancre de l'œil. Etudions maintenant les caractères particuliers de ce dernier.

Fréquence. — Déjà Mackensie et Desmarres avaient mentionné des ulcérations syphilitiques des paupières,

mais il faut arriver jusqu'à Ricord (1850) pour trouver une observation précise de chancre de l'œil. Depuis, les observations se sont multipliées, et dans une thèse récente, Fortuniadès arrive à une proportion de 1 pour 500. On le trouverait dans une proportion de 4 à 5 p. 100 par rapport aux chancres extra-génitaux.

Comparé aux diverses affections syphilitiques de l'œil, il constitue une manifestation rare. Sur 631 cas de syphilis oculaire, Badal ne l'a rencontré que onze fois et Alexander huit fois sur 1385 malades, soit une proportion de 0,57 0/0.

Le chancre s'observe à tout âge. Assez fréquent chez l'enfant, on le voit surtout chez l'adulte, de préférence dans le sexe masculin, pendant la période d'activité sexuelle ; puis il devient très rare chez le vieillard. Les affections des paupières et des voies lacrymales y prédisposent en créant une porte d'entrée à l'infection, favorisée ici par la finesse de la peau des paupières, très sujettes aux excoriations.

Le mode de contage est le plus ordinairement *direct* et se fait par la bouche au moment du baiser, quelquefois aussi par sputation. Un malade atteint de plaques muqueuses projette par mégarde au dehors, dans un accès de toux, des particules de salive. On ne saurait donc prendre trop de soin en examinant et surtout en cautérisant les plaques muqueuses d'un sujet infecté. Nombre de médecins ont été victimes de ce mode de contamination et parmi les chancres professionnels Aumont aurait rencontré le chancre palpébral 1 fois sur 15 cas.

Exceptionnellement, il s'agit de morsures. Ailleurs, c'est la langue qui transmet la contagion, soit par des caresses, soit en tant qu'agent chirurgical dans le pays ou le léchage de paupières et des culs-de-sac conjonctivaux est usité pour l'extraction des corps étrangers de l'œil (Tepliaschin). On l'a rencontré aussi chez des enfants que leur nourrice avait l'habitude de nettoyer avec de la salive.

Dans une observation de Schweinitz, un médecin fut atteint à l'œil par un jet de liquide utérin au cours d'un accouchement d'une syphilitique.

Ailleurs, la contagion est indirecte et se fait par les doigts, en particulier chez les médecins, ou par l'intermédiaire d'objets ayant servi à un sujet contaminé (éponge, mouchoirs, serviettes, instruments de chirurgie, etc., quelquefois une cigarette mouillée servant à extraire les corps étrangers de l'œil) (Badal, De Lapersonne).

Aspect clinique. — Le chancre peut se localiser sur la paupière, la conjonctive, voire même sur la glande lacrymale et sur la cornée. Il présente des aspects différents suivant son siège. Nous étudierons successivement ces diverses modalités.

Le début dans tous les cas passe le plus souvent inaperçu ou bien l'affection est méconnue et on pense à une blépharite ou à une conjonctivite.

CHANCRE PALPÉBRAL. — Il est presque toujours unique, exceptionnellement double (Fournier) et on l'a vu coïncider avec un ou plusieurs chancres d'autres régions (H. Coppez, Terson).

Il évolue rarement sur la face cutanée ; il ne diffère alors en rien du chancre cutané, pouvant se présenter comme lui sous la *forme croûteuse* ou sous *forme de plaie*.

Chancre du bord ciliaire. — C'est là son siège de prédilection, surtout au niveau de la commissure interne (Panas). L'angle externe est plus rarement atteint.

Ce chancre du bord ciliaire diffère beaucoup du précédent et simule au début un néoplasme de la paupière. Il commence à la base d'un cil sous forme d'un bouton d'acné ; puis il s'étale en surface et forme alors une véritable petite tumeur du bord ciliaire, tumeur en forme d'amande ayant son grand axe parallèle au bord libre de la paupière, mesurant environ un centimètre de large sur huit à dix millimètres de hauteur (Fournier).

Généralement très dur au toucher, donnant même quelquefois une sensation cartilagineuse, sa surface est lisse, unie, de coloration rouge vineux, quelquefois masquée par un revêtement croûteux.

Les bords sont taillés à pic mais non décollés. Souvent même ils sont peu nettement indiqués, marqués seulement par un liséré épidermique et par un changement de coloration. La peau voisine est rouge et violacée, comme infiltrée, mais elle ne présente plus la teinte sombre spéciale du chancre ; elle forme comme une véritable auréole autour de la lésion spécifique. Il n'y a pas ou peu de sécrétions au niveau de la surface excoriée qui est à peine humide.

L'ulcération, d'ordinaire superficielle, repose sur une plaque cartilagineuse facile à sentir avec les doigts. L'induration généralement nette est tout à fait caractéristique. Parfois elle est moins prononcée et donne la sensation d'une feuille de parchemin. Elle est très précoce et persiste souvent longtemps après la disparition du chancre.

En résumé : néoplasie bien circonscrite, induration de base très accentuée, surface unie et rougeâtre (Fournier).

CHANCRE DE LA CONJONCTIVE. — Beaucoup plus rare que les précédents : on en connaît à peine une vingtaine de cas.

Il peut siéger au niveau de l'angle interne, du canthus externe, ou en un point quelconque de la conjonctive, en particulier au niveau du cul-de-sac.

Chancre du grand angle. — C'est le plus fréquent de tous, ce qui s'explique par la stagnation des larmes à ce niveau. Il reproduit à peu près l'aspect du chancre du bord ciliaire et forme un néoplasme bien circonscrit, dur, à surface érosive ; plus rarement il s'étale en même temps sur la caroncule et le repli semi-lunaire.

Le Pr Gaucher a rapporté une intéressante observation de chancre syphilitique de l'angle interne de l'œil droit, suivi de roséole, chez une petite fille de six ans. Le mode de contamination resta inconnu, comme c'est la règle dans les cas de ce genre (1).

Chancre du canthus externe. — Beaucoup plus rare, il offre généralement le type fissuraire, dit encore chancre en rhagade, chancre en branches de compas (Fournier), par suite de sa division en deux segments qui se réunissent au niveau de la commissure. Toujours fortement induré, sa surface d'ulcération est entretenue et irritée par les mouvements des paupières et il peut simuler un cancroïde.

Chancre de la conjonctive bulbaire. — Il constitue une rareté pathologique (Sourdille). On en connaît vingt-cinq cas environ ; nous avons eu la bonne for-

(1) E. GAUCHER. — Chancre syphilitique de la caroncule lacrymale. *Bulletins de la Soc. de Dermatologie*, décembre 1901.

tune d'en observer un cas avec le Pr Panas. Tout dernièrement, Rollet en a rapporté une nouvelle observation.

Le début est insidieux et se manifeste par des troubles pouvant faire penser à une conjonctivite légère. Puis apparaît en un point de la muqueuse une ou plusieurs petites excoriations très superficielles, de teinte opaline et à bords irréguliers. En même temps, la conjonctive à ce niveau est surélevée et forme une saillie papuleuse, arrondie ou ovalaire de 10 à 15 millimètres de diamètre et dont l'épaisseur peut atteindre jusqu'à six et sept millimètres. De coloration jaune rougeâtre, cette saillie est dure, résistante, de consistance cartilagineuse et la muqueuse est œdémateuse et fortement vascularisée à la périphérie. Cet aspect, joint à l'indolence presque complète de l'affection, est très caractéristique ; les phénomènes réactionnels sont presque nuls. Quelquefois, à la suite d'infection secondaire, on voit se développer une conjonctivite intense ; on a même vu le chancre se compliquer de kératite avec ulcération de la cornée (de Lapersonne) et d'iritis (Fournier, Savy).

L'œdème de la conjonctive (chémosis) est généralement très accentué. Il s'agit ici d'une lymphite primitive en nappe intéressant le riche réseau lymphatique qui occupe le tissu conjonctif lâche sous conjonctival. Cette tuméfaction enchâsse la cornée qu'elle recouvre à sa périphérie sans toutefois intéresser sa transparence. Cet œdème scléreux augmente avec l'induration, tandis que l'ulcération se cicatrise, et simule une véritable tumeur. Il peut être comparé à celui qu'on observe sur la grande lèvre et qui seul fait penser de suite à un chancre syphilitique (Rollet). Quelquefois aussi la surface du chancre présente un aspect diphtéroïde simulant une lésion diphtérique (Morax, Valude). Ailleurs, il peut devenir phagédénique.

Cet aspect persiste deux ou trois semaines ; puis peu à peu la résorption commence, mais la cicatrisation est longue à se faire, en raison de l'action irritante de l'air et des larmes qui s'amassent à ce niveau.

Tel est l'aspect habituel du chancre, avec son induration surélevée. Quelquefois le chancre induré érosif ne forme pas d'élevure appréciable et paraît collé dans le tégument comme un pain à cacheter.

Exceptionnellement, l'érosion du chancre peut aboutir à l'excavation : c'est le chancre induré creux, par opposition au chancre induré érosif. L'excavation est plus ou moins marquée et c'est alors l'induration qui est le siège et qui fait les frais de l'ulcération (Rollet).

Chancre de la glande lacrymale. — Celui-ci demeure encore tout hypothétique. Mentionnons cependant une observation récente d'Anargyros dans laquelle on crut tout d'abord à une tuberculose de la partie inférieure de la glande lacrymale. Il existait, en même temps que la tuméfaction de la glande une hypertrophie de la conjonctive à ce niveau avec de petites nodosités jaunâtres, confluentes et du gonflement du ganglion pré-auriculaire qui était dur. La glande fut extirpée, mais l'absence de cellules géantes et de bacilles tuberculeux, l'apparition quatre semaines plus tard d'un exanthème papulo-maculeux avec gonflement de tous les ganglions lymphatiques, une périostite ultérieure et le résultat rapide des frictions mercurielles plaident pour la syphilis.

L'auteur pense qu'il s'agissait ici d'une affection syphilitique primaire, l'infection pouvant avoir atteint la conjonctive très faiblement et s'être développée dans la glande, ou bien la conjonctive pouvant avoir livré passage au virus sans avoir été atteinte elle-même (1).

Adénopathie. — Quel que soit d'ailleurs le siège du chancre, celui-ci s'accompagne toujours d'une *adénopathie* de degré variable qui permettra le plus souvent de reconnaître la syphilis. Elle apparaît vers la fin du premier septenaire.

Les chancres du canthus externe et de la partie externe des paupières entraînent une adénite préauriculaire et parotidienne ; ceux du canthus interne retentissent sur les ganglions sous-maxillaires. Mais souvent, quel que soit la siège du chancre, les deux régions ganglionnaires sont envahies en même temps en raison des anastomoses multiples du réseau lymphatique palpébral. Comme pour toutes les adénopathies spécifiques, il n'est pas rare de voir de nombreux ganglions envahis, et dans certains cas, l'adénite du chancre de l'œil peut être constituée par une véritable *chaîne de ganglions* commençant au ganglion préauriculaire et se continuant sur toute la région cervicale antérieure, jusqu'au creux sus-claviculaire.

L'hypertrophie ganglionnaire présente les caractères habituels de l'adénite syphilitique primaire : absence de douleur et de réaction inflammatoire, dureté des ganglions qui sont moyennement gros et mobiles sous la peau.

Diagnostic. Chancre palpébral. — Le caractère même du chancre, l'induration et l'*adénopathie* non douloureuse qui l'accompagnent permettent de ne pas le confondre avec un orgelet, *affection aiguë*, *inflammatoire*, *douloureuse*, qui, dans quelques cas s'accompagne d'une adénopathie marquée et peut en imposer pour un chancre. On se rappellera que l'existence d'une adénopathie volumineuse, à marche rapide, est le meilleur signe diagnostique qui permet de soupçonner un chancre induré des paupières dont les signes caractéristiques manquent souvent (de Lapersonne) (2). Des brûlures de la région, irritées par des pansements sales ou caustiques, peuvent faire hésiter. Mais, dans ce cas, les ganglions, s'ils existaient, seraient enflammés et d'ordinaire les antécédents renseignent suffisamment.

Mentionnons l'erreur possible avec certaines ulcérations qu'on rencontre chez les bouchers, les équarrisseurs, etc., atteints d'œdème malin. Mais ici l'affection évolue comme une maladie générale. L'œdème des paupières est très marqué, puis est remplacé par une plaque brunâtre qui précède l'ulcération.

C'est surtout avec l'*ulcération tuberculeuse* que peut être confondu le chancre palpébral. Le ganglion préauriculaire, dont la valeur diagnostique est si grande, existe en effet dans les deux affections avec les mêmes caractères, mais la base de l'ulcère tuberculeux est toujours souple.

L'ulcération du *lupus* siégeant au bord libre des paupières peut offrir des points de ressemblance, mais sa marche est plus lente ; de plus, le lupus se confine rarement aux paupières. Il se développe sur un terrain strumeux ; les ganglions intéressés suppurent souvent ; le fond est bourgeonnant, rouge foncé ; l'ulcé-

(1) Anargyros. — Syphilis primaire de la glande lacrymale. *Deutschmann's Beiträge f. Augenheilkunde*, fasc. XLVIII, 1901, p. 960-967.

(2) De Lapersonne. — *Archives d'Ophtalmologie*, 1881.

ration débute par une petite tumeur arrondie qui s'ulcère secondairement.

L'*épithélioma* des paupières siège le plus souvent au grand angle de l'œil, comme le chancre. Mais il apparaît à un âge avancé ; sa marche est extrêmement lente ; les ganglions sont pris tardivement. Les bords de l'ulcération sont élevés, nets ; le fond est très irrégulier, granuleux, saignant facilement. La tumeur adhère en général aux parties sous-jacentes.

La *pustule maligne* se reconnaîtra à sa collerette de vésicules, à l'eschare noire qui la recouvre et enfin à l'aide de l'examen bactériologique. L'unique cas d'erreur en l'espèce, sur laquelle insiste bien le Pr Fournier, est la *modalité croûteuse*. Celle-ci existe huit ou neuf fois sur dix dans le chancre cutané et fait souvent méconnaître le chancre.

Enfin, on peut prendre le chancre pour une *gomme ulcérée*. Quelquefois les commémoratifs suffiront à renseigner. Dans la gomme, l'ulcération est beaucoup plus creuse, plus étendue, plus sanieuse ; la paupière tout entière est durcie et gonflée.

Chancre conjonctival. — Le diagnostic de ce chancre s'impose quelquefois, mais dans le plus grand nombre des observations, il n'a été porté qu'après coup.

L'induration est quelquefois difficile à percevoir. L'adénite du ganglion préauriculaire apparaissant peu de temps après l'existence d'une ulcération de la conjonctive, constitue un signe de présomption très important en faveur du chancre, mais ne peut être regardée comme pathognomonique, contrairement à l'opinion de Touchaleaume.

Il peut être *méconnu* ; on pense à une conjonctivite simple ou à une blépharite. Aussi devra-t-on toujours interroger les ganglions.

On ne confondra pas le chancre avec une *conjonctivite phlycténulaire* ; l'ulcération en pareil cas est minime et les phénomènes réactionnels et inflammatoires sont beaucoup plus intenses. Enfin les ganglions sont indemnes. Toutefois, Maslenikow a rapporté tout dernièrement l'observation d'un chancre syphilitique siégeant au niveau du limbe scléro-conjonctival.

Il existait à ce niveau un petit gonflement d'aspect phlycténoïde dont la surface s'ulcéra et qui prit une consistance cartilagineuse. Une roséole typique et des plaques muqueuses vinrent confirmer le diagnostic quelques jours après.

On différenciera aussi facilement l'ulcération chancreuse d'un bouton d'*épisclérite*.

L'*herpès* peut être confondu avec la forme érosive du chancre conjonctival, mais dans le premier cas, on a de la douleur, une photophobie extrême, la cornée est prise, les ganglions restent sains.

On pourra hésiter dans certains cas de *pemphigus* de la conjonctive, mais il existe de grosses bulles auxquelles succèdent des ulcérations profondes. Les ganglions restent sains, l'ulcération, d'ordinaire unique dans le chancre, est multiple dans le pemphigus.

La confusion serait plus facile avec le *chancre mou*. Mais celui-ci, nié par beaucoup d'auteurs, est, dans tous les cas, exceptionnel à l'œil. Il aura pour lui ses caractères particuliers qu'on retrouvait dans les deux observations de Thiry et Vignes : ulcération à bords taillés à pic, à fond jaunâtre, suppuré, sans induration, douleurs vives, suppuration abondante, aucune adénite, ou bien alors celle-ci est douloureuse, bubonnienne. Enfin l'examen bactériologique permettrait de trancher la question, car le bacille de Ducrey-Unna, spécifique du chancre mou, est assez facile à déceler.

Le chancre pseudo-membraneux peut quelquefois en imposer pour une *conjonctivite diphtérique* ; mais ici la fausse membrane est plus étendue, plus croûteuse ; il existe en même temps des ulcérations cornéennes et l'infiltration lardacée de la muqueuse ne rappelle que de loin l'induration du chancre.

La confusion est possible entre le chancre et une *tumeur maligne* de la conjonctive ; surtout au moment où celle-ci revêt la forme d'une élevure rouge, présentant à sa périphérie une vascularisation très marquée, mais la marche est très lente. Dans la suite, la néoplasie augmente de volume ; elle devient d'un rouge vineux et s'ulcère à sa partie culminante. Les ganglions apparaissent tardivement.

Enfin le chancre a été confondu avec une *dacryocystite* et le Pr de Lapersonne a rapporté un cas où une intervention chirurgicale avait été proposée pour un chancre méconnu du grand angle de l'œil ; mais ceci est exceptionnel.

Les *accidents secondaires* se différencieront du chancre par l'absence d'induration et de ganglions ; enfin la manifestation oculaire est rarement isolée et on constate le plus souvent d'autres éruptions sur le corps qui complètent le diagnostic.

Il est difficile de confondre le chancre avec une *gomme* non ulcérée ; mais l'erreur devient fréquente lorsque la tumeur s'ulcère et le diagnostic est alors très difficile. L'âge de la syphilis, l'existence d'autres *stigmates*, l'absence d'adénite et surtout la tendance destructive de la gomme, produisant des ulcérations profondes, cratériformes, analogues à celles d'un épithélioma ulcéré, différencient celle-ci de l'excoriation chancreuse (Sourdille).

Pronostic. — Le pronostic est généralement bénin. L'adhérence de la conjonctive à la paupière (symblépharon) est exceptionnelle. Ce qu'on observe le plus souvent est la perte des cils sur une étendue assez grande du bord palpébral. L'ectropion ou l'entropion consécutifs sont rares et ce n'est qu'exceptionnellement qu'on a signalé un épiphora par occlusion des canalicules lacrymaux (de Lapersonne). Cette rareté s'explique d'abord par la rareté du chancre lui-même à ce niveau et aussi par ce fait que l'induration caractéristique cède au traitement et à l'action du temps et laisse une cicatrice très légère.

Mais l'infection syphilitique est-elle ici plus sévère qu'à la suite des autres localisations primaires ?

Le chancre céphalique serait, on le sait, particulièrement grave d'après beaucoup de syphiligraphes et le chancre conjonctival devrait alors avoir une gravité toute spéciale en raison des relations étroites qui existent entre la circulation conjonctivale et la circulation cérébrale (Sourdille). Comme le fait remarquer justement cet auteur, il faut avant tout tenir compte de l'âge des malades, de leur état de santé antérieure, de leur profession intellectuelle et enfin de la présence ou de l'absence de traitement, beaucoup plus que du siège du chancre.

Traitement. — On se rappellera que le chancre guérit seul. On évitera donc tout topique irritant et on se bornera à des lotions chaudes légèrement antiseptiques et à l'emploi de pommades à l'iodoforme ou mieux à la cocaïne, lors de chancre conjonctival, pour diminuer la gêne produite par le gonflement de la muqueuse.

Le traitement général se confond avec celui de l'infection spécifique.

Enfin le traitement prophylactique ne sera pas négligé et on mettra soigneusement le malade en garde contre le danger de contamination possible, d'autant plus que le diagnostic est souvent fort délicat. Mieux vaut donc se montrer très réservé et attendre quelques semaines avant de rejeter complètement le diagnostic de chancre.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

A propos de l'enseignement pratique des Infirmières

En réponse à notre avant-dernier Bulletin (*Progrès Médical* du 20 août 1904, page 98), M. le Dr Toulouse nous adresse la lettre suivante que nous nous empressons de publier :

Mon cher Confrère,

Vous voulez bien reproduire un passage de mon livre « Les conflits intersexuels et sociaux », où, faisant le procès des examens et des concours, je critique l'enseignement professionnel des infirmières.

Le défaut de cet enseignement, disais-je, est de n'être pas suffisamment pratique pour des infirmières auxquelles « on ne demande pas à prouver qu'elles savent faire un lit, donner un bain, préparer certains médicaments d'urgence, administrer des remèdes. »

Vous relevez cette phrase comme erronée et vous ajoutez : « M. Toulouse, plus amplement informé, n'hésitera pas à reconnaître qu'il s'est trompé ou plutôt a été trompé ».

Ce reproche m'a touché, parce que se tromper dans une question professionnelle c'est se tromper lourdement.

Heureusement pour moi, je suis sûr de ce que j'ai avancé. J'ai dit et je maintiens qu'on ne demandait pas aux infirmières à prouver qu'elles savent faire un lit, donner un bain, préparer certains médicaments d'urgence et administrer des remèdes.

A l'encontre de mon affirmation, vous reproduisez un article paru dans la *Revue des Deux-Mondes* et émanant d'une ancienne élève de l'Ecole de la Pitié, qui se plaignait d'avoir vu donner des douches à des petits idiots et « de la rude épreuve à laquelle on avait soumis sa pudeur chatouilleuse en l'appelant à prendre part à une de ces leçons pratiques, dans le service des enfants de Bicêtre. » Mais il s'agit de savoir si l'on demande à l'examen de faire la preuve que le candidat sait donner une douche et non pas si, dans certains services, on a fait quelques démonstrations pratiques à des élèves.

Dans mon service de Villejuif, je suis depuis plusieurs années le mode d'enseignement que l'on donne à celles de nos infirmières qui postulent le diplôme à l'Ecole départementale de Sainte-Anne. Or voilà à quoi se résume l'enseignement pratique de cette école. Tous les cours sont théoriques, sauf celui de pharmacie, où l'on fait reconnaître les drogues usuelles, et le cours de pansement où l'on fait exécuter par les élèves des pansements *sur mannequin*. A l'examen, toutes les épreuves sont théoriques, sauf celle de pharmacie où l'on fait reconnaître les drogues. *Mais ni dans les cours, ni dans les examens, on n'oblige à des exercices pratiques, notamment à faire un lit, donner un bain, à préparer certains médicaments d'urgence, à administrer des remèdes.*

Je ne sais si les programmes portent une autre méthode d'enseignement. Mais c'est bien celle-là qui est suivie. Et ce n'est point seulement à l'Ecole de Sainte-Anne que ce vice existe. Il est partout et vient de plus haut. Nous souffrons d'une éducation théorique, purement verbale. Ce mal est tellement général qu'on le retrouve jusque dans les enseignements professionnels comme celui-ci — où l'on fait composer par écrit sur la physiologie, des jeunes filles sachant à peine lire et écrire, alors qu'on ne s'assure pas qu'elles savent prendre une température, faire un lit de gâteuse, préparer un cataplasme, ou donner un lavement. Le contraire m'eût étonné; mais le fait est trop typique pour que je n'en aie pas illustré la thèse que je défendais.

Ainsi donc permettez-moi de vous renvoyer les reproches de mauvaise information que vous m'adressez complaisamment. Il était piquant de convaincre un chef de service de renseignements insuffisants au sujet de l'enseignement professionnel de ses infirmières. Mais il est encore plus piquant de retourner le reproche au *Progrès Médical* qui a pris une telle part à la création de cet enseignement.

Je ne crois pas avoir à prouver ma sympathie pour cette œuvre laïque, qui sera l'honneur de M. Bourneville ; mes écrits et mes actes m'en dispensent. Mais je considère que ce n'est pas critiquer une œuvre que de vouloir la réformer, surtout quand les défauts d'organisation sont tels que celui que je viens de signaler et de prouver.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments. Dr Toulouse.

Rien n'est plus aisé de s'entendre qu'entre gens de bonne foi. Nous ne discuterons pas l'enseignement de l'Ecole des Infirmières de l'Asile clinique, ni la valeur des infirmières diplômées des Asiles de la Seine. Tout ce que nous savons à ce sujet, c'est que l'École de l'Asile clinique (Sainte-Anne) a un programme très complet qui, paraît-il, est fort incomplètement suivi. Nous n'aurions cherché en rien à contredire M. Toulouse si, dans son chapitre sur les concours, il se fût borné à faire allusion aux Asiles d'aliénés de la Seine.

Mais il n'a rien spécifié, et le passage qu'il a écrit peut nettement être pris dans un sens général. D'ailleurs, le voici et qu'on en juge :

« Le défaut des épreuves théoriques est tellement répandu, qu'il s'observe dans les milieux où les fonctions toutes pratiques devraient par cela même échapper à cette tendance vicieuse. On demande, par exemple, à une gardienne d'*hôpital*, qui postule au concours du *diplôme d'infirmière*, des connaissances d'anatomie, de physiologie, d'hygiène et de pharmacie qui ne peuvent le plus souvent être que des acquisitions purement verbales, et l'on oblige des candidates à peu près illettrées à composer par écrit. Par contre, on ne leur demande pas à prouver qu'elles savent faire un lit, donner un bain, préparer certains médicaments d'urgence, administrer des remèdes. »

En bonne foi, quelle est la personne qui, en lisant ces lignes, n'y verrait pas une allusion nette aux hôpitaux parisiens, quelle est celle qui croirait qu'il n'est, là, question que d'asiles d'aliénés ?

Nous concédons à M. Toulouse, et nous n'en doutons pas, puisqu'il l'affirme, que l'enseignement pratique n'existe pas pour les infirmières des Asiles d'aliénés, et cela malgré les réclamations constantes de M. Bourneville à la Commission de surveillance des Asiles. Mais nous sommes en mesure d'affirmer qu'il n'en est pas ainsi dans les Ecoles municipales d'Infirmières des hôpitaux de Paris. Comme le dit M. Toulouse : « il serait piquant de convaincre un chef de service de renseignements insuffisants au sujet de l'enseignement professionnel de ses infirmières ». Mais ce qui serait encore plus plus piquant, ce serait de nous convaincre,

*

nous, qui depuis dix ans enseignons les pansements aux Ecoles d'Infirmières, qui depuis dix ans faisons passer des examens pratiques à Bicêtre, à la Pitié, à la Salpêtrière et à Lariboisière, que ces exercices et ces examens pratiques n'existent pas.

Il y a à peine un mois, nous faisions faire à la Pitié sous nos yeux (comme du reste tous les ans) un lit de malades aux aspirantes au diplôme ; à la même époque, à Bicêtre et à la Pitié, nous faisions nous-même lire la température d'un thermomètre médical et marquer cette température sur une feuille d'hôpital, à l'examen du diplôme. Serions-nous victime de troubles de mémoire ou d'hallucinations ? Cependant ces examens sont publics, et c'est par centaines qu'on pourrait compter les témoins capables d'attester la véracité de notre affirmation.

M. Toulouse, qui a raison à Villejuif, aurait tort de vouloir généraliser aux *Hôpitaux de Paris*.

Nous avons lu son livre sur les *Conflits intersexuels et sociaux*, il nous a vivement intéressé et nous approuvons la plupart de ses critiques, mais il nous concédera que sur le petit point ici en litige, et qui a été malignement souligné par le *Bulletin professionnel de l'infirmière*, il ne pouvait songer à faire allusion aux Ecoles d'Infirmières des *hôpitaux* de Paris. *Amicus Plato, sed magis amica Veritas.* J. NOIR.

REVUE D'ÉLECTROTHÉRAPIE ET DE RADIOGRAPHIE

Rédacteur spécial : M. le Dr L.-R. REGNIER ;
Chef du laboratoire d'électrothérapie de la Charité.

ELECTROTHÉRAPIE.

I. — Electricité médicale ; par le Dr E. CASTEX (Paris-Rudeval, 1904.)

Dans ce volume de 650 pages modestement qualifié de Précis, le Dr Castex, professeur de physique à l'Université de Rennes, a réuni tout ce qui, dans cette branche spéciale de la thérapeutique, peut intéresser les étudiants en médecine et les médecins, spécialistes ou non, qui aiment à se tenir au courant des progrès accomplis dans la science médicale.

L'ouvrage est méthodiquement divisé en cinq parties. La technique, qui constitue la première, contient toutes les notions théoriques indispensables, la description rapide, mais claire, des méthodes et des appareils utilisés en électro-physiologie et en électrothérapie. Dans la seconde, nous trouvons les effets physiologiques de l'électricité sur les tissus et les organes, ainsi que ce qu'on sait de l'organisme considéré comme générateur d'énergie électrique.

L'électro-diagnostic est traité de façon claire et pratique, Un important chapitre est consacré aux dangers des courants électriques.

La partie réservée à l'électrothérapie tient une place importante et renferme tous les renseignements dont peut avoir besoin le médecin aussi bien pour appliquer lui-même l'électricité que pour en prescrire l'emploi. Enfin, pour terminer, l'auteur a consacré deux intéressants chapitres à l'emploi des rayons X et à la photothérapie.

II. — Précis d'électricité médicale ; par Ch. CHARDIN (Maloine, 1904.)

Ce volume, qui a au moins le mérite d'une grande sincérité, est, comme les précédents du même auteur, très intéressant à lire, non seulement pour les renseignements qu'il contient mais aussi à cause des idées de celui qui l'a écrit.

Bien qu'il s'y montre un peu trop disposé à se considérer comme le seul détenteur de la vérité électrothérapique et que quelques-unes des données sur lesquelles il base ses principes soient erronées, ou, quoi qu'il en dise, déjà connues depuis longtemps, on ne peut méconnaître la justesse de quelques-unes de ses critiques. Il y a aussi des réminiscences un peu fâcheuses de la sublime erreur de Duchenne. Par une innovation heureuse, déjà ébauchée dans cet opuscule, l'auteur a représenté à l'aide de figures un certain nombre d'applications de courants électriques.

C'est là pour le médecin un moyen très commode de se rendre compte, mieux que par une description, d'une technique que beaucoup d'entre nous ne connaissent pas, faute de l'avoir vu appliquer dans les services hospitaliers où ils ont fait leurs études.

III. — L'Année électrique, électrothérapique et radiographique ; par le Dr FOVEAU DE COURMELLES. (Ch. Bérenger, 1903.)

Dans ce recueil, qui en est à sa troisième année, nous signalerons comme plus particulièrement utiles aux médecins les articles relatifs à la charge des accumulateurs, aux accidents électriques, à l'électrothérapie et à la radiographie.

Dans le chapitre relatif au diagnostic électrique, sont consignées plusieurs données nouvelles sur les renseignements que fournit la variation de la résistance électrique du corps humain utile à connaître.

IV. — Effets mortels des courants électriques, par le Dr P. GALIMARD (Waltner et Cie, Lyon, 1905.)

Cette thèse constitue une excellente revue d'ensemble des différents travaux publiés sur cette question toute d'actualité. Les recherches personnelles de l'auteur confirment les données déjà acquises à savoir que :

1° Les courants continus causent la mort par paralysie du cœur. Elle ne se produit chez l'homme que si le courant a une tension très élevée (plus de 1500 volts). Les troubles nerveux sont d'autant plus graves que la tension est plus élevée et le contact plus prolongé. Les secousses d'ouverture et de fermeture ne sont pas nécessaires pour déterminer les trémulations fibrillaires du cœur ;

2° Les courants alternatifs peuvent provoquer la mort, soit par paralysie du cœur, soit par inhibition du centre nerveux respiratoire suivant que leur tension est faible ou élevée. Le danger est maximum pour les courants ayant de 39 à 150 périodes à la seconde, qui sont précisément ceux dont on se sert en général dans l'industrie ;

3° Aucune lésion caractéristique ne révèle à l'autopsie la cause électrique du décès ;

4° Les décharges électriques statiques déterminent l'inhibition du centre respiratoire, quelquefois la paralysie du cœur ;

5° La mort provoquée expérimentalement chez des animaux par l'application directe de courants de haute fréquence ne peut s'expliquer que par l'inhibition des centres nerveux respiratoires ;

6° Les courants faradiques sont incapables d'occasionner des accidents mortels à cause de leur tension trop faible. Quand la mort est due à la paralysie du cœur, il n'existe aucun moyen pratique pour ramener à la vie les victimes ; lorsqu'il y a seulement inhibition, la respiration artificielle et les tractions rythmées de la langue suffisent souvent à les ranimer.

V. — Electricita medica ; par le D. A. D. BOCCIARDO, assistant de la clinique de l'Université de Pise (Hœpli, Milan, 1904.)

Ce petit volume commence par un chapitre intéressant sur les instruments magnétiques et en particulier sur les électro-aimants employés pour l'extraction des corps étrangers en fer, puis viennent les chapitres relatifs aux différentes modalités électriques : franklinisation, galvanisation, faradisation, hautes fréquences, dans lesquels l'auteur décrit les appareils et leur action physiologique et thérapeutique. Il fait de même pour les rayons lumineux et les rayons de Rœntgen.

VI. — Etude clinique de l'influence de deux secousses de sens contraire portées sur le même point et se succédant à intervalle très court ; par le Dr R. SUDRICK. (Buenos-Aires, 1903.)

L'auteur, en se basant sur les travaux de Weiss, a recher-

ché si, chez l'homme, les effets des excitations portées à intervalle très court sur un même point étaient analogues à ceux obtenus par cet éminent physiologiste sur les animaux ; il conclut que, chez l'homme, il y a addition des effets lorsque la première secousse est plus petite que la seconde ou égale à celle-ci. Dans le cas contraire, pas d'addition et peut-être même des effets inhibitoires. Mais il résulte aussi de ces observations que, pour avoir des résultats comparables dans l'étude des réactions faradiques neuro-musculaires, il faut employer le même voltage, la même intensité et le même interrupteur.

Nous signalerons en terminant un cas inopérable de tuberculose osseuse guéri par les courants de haute fréquence par les Dr Picard et Girard, de Cannes, et un autre de gastrodynie grave guéri par la métallothérapie par A. Tripier.

Photothérapie.

I. — La lutte contre le lupus vulgaire ; par Niels Finsen. (Naud, 1903.)

Cette brochure, surtout documentaire, contient une courte notice sur la fréquence du lupus et l'intérêt social et humanitaire qu'il y a à le soigner. Une collection de photographies de malades prises les unes au début du traitement, les autres à la fin, sont la meilleure démonstration qu'on puisse faire de l'efficacité de ce traitement.

Radiologie.

I. — La radiographie dans le diagnostic des calculs du rein ; par le Dr J.-R. Bourget, (C. Naud, 1903.)

Cette thèse importante commence par un historique assez détaillé de cette application de la radiographie. L'auteur expose ensuite les nouvelles méthodes d'exploration utilisées pour le diagnostic des maladies des reins : phonendoscopie, cathétérisme des uretères, cystoscopie, division vésicale des urines et enfin radiographie. Le chapitre de la technique, très bien rédigé, est très important à retenir non seulement pour ceux qui auront à exécuter des radiographies de calculs du rein, mais aussi pour ceux qui doivent les interpréter au point de vue opératoire ; c'est ce que démontrent les observations et épreuves radiographiques qui terminent l'ouvrage.

II. — Les rayons de Rœntgen et le Diagnostic des maladies internes ; par le Dr A. Béclère. (In *Actualités Médicales*. (J.-B. Baillière et fils).

Complétant les publications antérieures de l'auteur, cette nouvelle monographie vient montrer une fois de plus que l'emploi des rayons de Rœntgen, qui rend au chirurgien de si grands services, est non moins précieux pour le médecin. Si d'ailleurs ce nouveau procédé d'exploration physique des organes n'occupe pas dans la pratique la place qui lui est due, cela tient, en partie tout au moins, à l'extrême rareté des laboratoires de radiologie dans les hôpitaux, qui fait que ni les médecins, ni les étudiants, ne peuvent apprécier les services de ce nouveau procédé d'exploration. L'auteur, avec toute la compétence qu'on lui connait, décrit la technique de la radiologie des différentes cavités splanchniques et montre les renseignements qu'on en peut tirer. C'est un travail des plus utiles à consulter.

III. — Les courants de haute fréquence. *Propriétés physiques, physiologiques et thérapeutiques* ; par le Dr Denoyès, préparateur du service d'électrothérapie et de radiographie des hôpitaux de Montpellier. (J.-B. Baillière et fils, 1902.)

Il y a environ 12 ans qu'on parle des courants de haute fréquence, mais ce n'est guère que depuis 5 ou 6 ans que, grâce aux travaux de d'Arsonval, cette modalité électrique a pris dans la thérapeutique spéciale une place importante. Jusqu'ici cependant les multiples travaux publiés un peu partout n'avaient point été coordonnés et pour ainsi dire mis au point dans une étude d'ensemble. C'est ce que vient de faire le Dr Denoyès, et il convient de dire qu'il s'est brillamment acquitté de cette tâche difficile et que son livre marquera une époque en même temps qu'il rendra de précieux services à tous ceux qui, spécialistes ou non, veulent connaître les multiples applications de la thérapeutique électrique, pour les appliquer eux-mêmes ou les prescrire à leurs clients.

La première partie, consacrée à la physique, est divisée en cinq chapitres. Le premier contient les définitions indispensables puis un bon historique de la question. Dans le chapitre II, nous voyons les moyens de produire les courants de haute fréquence, leur mécanisme ; les dispositifs adoptés pour les usages physiologiques et thérapeutiques. Le chapitre III est consacré aux propriétés physiques de ces courants et aux diverses réactions électriques auxquelles ils donnent naissance dans les milieux voisins. Le chapitre IV renferme les procédés d'application physiologique et thérapeutique : application directe, par condensation, auto-conduction ; application locale; enfin dans le Ve nous trouvons les moyens de mesurer et de graduer les courants. Cette introduction physique très clairement exposée est le préambule indispensable des deux parties qui vont suivre. La seconde nous montre les propriétés physiologiques des courants de haute fréquence ; elle est divisée en 3 chapitres. Dans le premier, l'auteur expose l'action sur le système nerveux, les explications qu'on en a données.

Dans le second ce sont les modifications des fonctions de nutrition : circulation, respiration, thermogenèse, sécrétions urinaires qui sont présentées Le troisième contient l'étude des modifications subies par les microbes et leurs toxines.

La troisième partie consacrée à la thérapeutique, débute par un chapitre très détaillé de la technique des différents modes d'application. Dans les chapitres suivants l'auteur a groupé les applications aux diverses maladies et c'était là la partie la plus difficile de sa tâche ; car comme tout ce qui est nouveau on a essayé les courants de H F, un peu empiriquement quelquefois, à beaucoup d'affections ou seulement à des symptômes; faire un choix équitable dans ces essais n'était pas chose aisée ; l'auteur s'est tiré très judicieusement de ce travail. Rien de ce qui est véritablement acquis comme profitable n'a été oublié et tout ce qui pourra donner lieu à de nouvelles recherches est suffisamment signalé pour éviter aux lecteurs de retomber dans le déjà fait.

Son dernier chapitre sur la valeur thérapeutique des courants de haute fréquence résume, en les commentant habilement, tous les matériaux accumulés dans cette troisième partie et nous montre que celui qui l'a écrit l'a fait sans parti pris et avec un jugement droit. Le style élégant et clair de l'ensemble rend la lecture de ce volume particulièrement agréable.

Pathogénie des névroses à accès. (*Mechanism of the paroxysmal neuroses*), par Francis Hare. (*Australasian medical Gazette*, juillet à octobre 1903.)

Les névroses à accès constituent, d'après Edward Liveing une classe bien définie : les plus fréquentes, partant les plus importantes de ces névroses à accès, sont: la migraine, l'asthme, l'épilepsie, la gastralgie et l'angine de poitrine « fonctionnelle » : peut-être pourrait-on y ajouter la maladie de Raynaud et quelques autres affections moins communes et moins bien definies. Ce qui relierait toutes ces affections, dont chacune est connue depuis bien longtemps, ce serait la constance des troubles vaso-moteurs qui expliquerait, d'autre part, l'action thérapeutique de certains médicaments, en particulier du nitrite d'amyle. Pierre Roy.

MÉDECINE PRATIQUE

Le Thiocol dans le traitement de l'entérite tuberculeuse.

Par le Dr A. L. Vignon, de Paris.

Le relèvement de l'appétit est la manifestation immédiate et saillante du traitement par le Thiocol, il est toujours suivi d'une augmentation de poids sensible et rapide. Les orexiques, au contraire ont tous échoué dans la tuberculose. Si pour quelques cas isolés ils ont agi, c'est par intermittence et sans jamais provoquer aucune augmentation de poids. D'après nos observations, la supériorité du Thiocol sur les orexiques, semble due à son action concurremment stimulante des fonctions de digestion et d'assimilation.

Jean C..., 28 ans, industriel, se présente à notre consultation, sur la recommandation d'un confrère de province, son ami.

Le malade est grand, maigre, légèrement voûté ; c'est un type de roux, au teint mat, aux traits tirés. Il a été très éprouvé, dit-il, par de récents ennuis. Père mort, il y a deux mois, d'une embolie cardiaque ; frère mort de tuberculose ; du côté maternel, il y a des antécédents très sérieux, on trouve en effet deux tantes, mortes de tuberculose, le grand-père, décédé dans une crise d'emphysème aigu et la grand'mère emportée par une bronchite (?).

Il n'y a rien de notable dans les antécédents personnels du malade, il ne se rappelle aucune indisposition qui puisse se rattacher aux troubles présents. Depuis trois mois, sa santé est profondément altérée. Il tousse au point de ne pouvoir dormir la nuit ; aucun des nombreux sirops ou potions qu'il a essayés n'a réussi à le calmer. Il crache peu cependant et n'a jamais eu d'hémoptysie, ni même de traces de sang dans son expectoration, mais l'appétit est absolument nul, il attribue d'ailleurs cette anorexie aux cachets de créosote que lui a prescrit un confrère. Il a en outre des sueurs nocturnes très abondantes et il maigrit d'une façon inquiétante ; comme il ne se repose que peu ou pas du tout pendant la nuit, son état général s'en ressent et il devient de plus en plus irritable et nerveux.

La fièvre vespérale oscille entre 38°5 et 39°, il y a de la tachycardie, les pulsations cardiaques varient de 100 à 120 à la minute, les battements du cœur sont un peu assourdis. Les signes d'auscultation sont très nets : le sommet gauche présente en arrière une submatité très accentuée, un souffle caverneux, des gargouillements et l'on perçoit de nombreux râles sous-crépitants dans toute l'étendue des poumons ; à droite, il y a des craquements au sommet, des râles sibilants une respiration soufflante, mais le reste du poumon n'est pas encore atteint. L'examen des crachats est positif.

Le 15 mars nous commençons le traitement au Thiocol par deux cuillerées à soupe de Sirop Roche, soit deux grammes par jour, et nous augmentons progressivement les doses. L'appétit se relève rapidement et les sueurs nocturnes disparaissent presqu'aussitôt ; la toux cède plus tard sous l'influence combinée de potions opiacées. Le malade désormais peut reposer toutes les nuits. Les signes d'auscultation ne sont pas sensiblement modifiés, mais il résulte de cette situation favorable une augmentation de 4 kg. 250 en deux mois et demi. A ce moment, le malade nous quitte pour aller faire une cure d'air à la campagne et cesse l'usage du Thiocol.

Nous avions tout lieu de croire que l'amélioration irait désormais en s'accentuant de jour en jour et que les progrès de la guérison seraient même plus rapides avec le grand air et le repos. Il n'en fut pas ainsi.

Au mois d'août, le malade revient nous consulter. Il a perdu 3 k. 750 malgré son bon appétit. Il tousse peu, il dort toujours bien. La température vespérale n'est qu'à 37 ; le pouls est à 90, les battements du cœur sont bien frappés ; il y a toujours au sommet gauche de la submatité ; un souffle cavitaire mais moins bruyant et les gargouillements ont fait place à des râles sous-crépitants disséminés, on ne les perçoit plus dans le reste du poumon. Au sommet droit, on constate encore quelques craquements très fins, il n'y a plus de râles sibilants, et la respiration est moins soufflante, les lésions pulmonaires sont évidemment en régression. Cette perte de poids très considérable nous étonne et nous ne saurions l'attribuer à aucune cause si le malade ne nous signalait l'état de ses intestins. Souvent en allant à la selle il éprouve de violentes douleurs, il a la sensation de brûlures intenses lorsque les matières franchissent le sphincter anal et on constate du ténesme après chaque évacuation ; à l'ombilic, il ressent des coliques très vives qui remontent jusqu'à l'épigastre et s'irradient dans les lombes.

Nous procédons à l'examen des selles, qui ont une odeur très prononcée, fétide ; elles sont semi-fluides, glaireuses, parfois noirâtres, lientériques entraînant des lambeaux de muqueuse. Il s'agit tout simplement d'une entérite tuberculeuse. La diarrhée se répète 3 à 4 fois par jour et quelquefois la nuit.

Devant ces symptômes alarmants, nous mettons notre malade à un régime alimentaire sévère : lait, œufs, viandes crues ou très saignantes, purées de légumes farineux décortiqués. Avant chaque repas, nous lui faisons prendre 1 gramme de poudre de charbon et après chaque repas, un cachet de benzo-naphtol mélangé à un peu de magnésie anglaise. Nous n'autorisons que l'eau de Vichy (Célestins) comme boisson pendant le repas. De plus nous lui faisons absorber chaque matin un verre d'eau minérale purgative et nous ordonnons deux grandes irrigations intestinales par jour (1 à 2 litres chaque fois) dans laquelle nous ajoutons XXV gouttes de laudanum si l'entéralgie est violente.

Après une semaine de ce traitement, combiné avec un repos absolu, le malade va beaucoup mieux. Nous le surveillons d'ailleurs très attentivement, nous le voyons régulièrement tous les 3 jours, et, au bout de deux mois, nous constatons un état général tout à fait satisfaisant. Mais à ce moment (octobre), il est atteint de nouveau d'une poussée aiguë qui ramène tout à la situation du début, aggravée, cette fois, par les troubles de la digestion qui réapparaissent plus intenses. Les douleurs sont même parfois si violentes qu'elles simulent l'appendicite, pour un médecin non prévenu.

Nous cessons alors les antiseptiques intestinaux, nous continuons simplement l'entéroclyse et nous reprenons l'usage du Thiocol, à doses plus fortes, dès le début. Nous donnons quotidiennement 4, puis 5, 6, 7 et 8 cuillerées de Sirop Roche par jour et nous constatons aussitôt les bons effets de ce médicament, aussi regrettons-nous avoir suspendu son administration pendant quelque temps, car, nous aurions évité peut-être à notre malade bien des crises douloureuses.

En effet, après quelques jours de traitement thiocolé, la congestion disparaît dans le parenchyme pulmonaire, l'appétit se relève, redevient aussi bon qu'auparavant, les fonctions digestives rentrent dans l'ordre, les douleurs abdominales et le ténesme anal disparaissent, et les selles redeviennent normales.

Depuis, l'état général n'a fait que s'améliorer, le poids a augmenté. Du côté des poumons, les lésions sont bien moins nettes, à gauche, on ne distingue presque plus rien, si ce n'est une légère submatité ; du côté droit, il y a encore un souffle rude, mais les râles sous-crépitants sont peu nombreux. Il n'y a plus de fièvre, et dans les crachats, on ne distingue plus que quelques rares bacilles de Koch. De telle sorte qu'en ce moment (mars) on peut considérer ce malade en très bonne voie de guérison : il continue à prendre du Sirop Roche.

Après un an de traitement, de Mars 1903 à Mars 1904, nous avons pu déterminer exactement les bons effets du Thiocol.

1° De Mars à Juin 1903, nous avons employé le produit et nous avons constaté le relèvement de l'appétit, la disparition des sueurs nocturnes, la régression des lésions, l'amélioration de l'état général et l'augmentation de poids.

2° De Juin en août 1903, le malade a cessé le Thiocol, il a eu une violente crise d'entérite qui a cédé à un traitement approprié, mais le poids a diminué dans des proportions considérables, malgré le bon appétit. Le malade a fini par se rétablir, mais le poids est resté stationnaire, très inférieur à la moyenne.

3° D'Octobre 1903 à Mars 1904, le malade a fait une bronchite aggravant sa tuberculose et réveillant son entérite ; il perd l'appétit. Le traitement thiocolé rétablit l'ordre très rapidement ; l'entérite disparaît, la bronchite guérit, la tuberculose prend une allure favorable, l'appétit se relève et le poids augmente de nouveau.

Voici donc une observation d'un très haut intérêt. Elle vient confirmer la théorie d'Ott et de Mendelsohn, qui pensent que le Thiocol agit indirectement sur les lésions pulmonaires, en améliorant d'une façon remarquable l'état général du malade. C'est un médicament de choix, dans la tuberculose, puisque dans tous les cas, il stimule l'appétit et les fonctions de digestion et d'assimilation. En outre, il faut remarquer que, chez notre malade, le Thiocol a arrêté, presque spontanément, la diarrhée et a fait cesser les phénomènes d'entérite : avant nous, Schnirer avait considéré ce produit comme un antédiarrhéique et Maramaldi (de Naples) l'avait conseillé comme un parfait antiseptique intestinal.

BIBLIOGRAPHIE

L'Etat actuel de la chirurgie nerveuse; par le Dr A. Chipault, 3 vol. gr. in 8°, (Rueff, éditeur). Le bel ouvrage de M. le Dr Chipault, en raison de la multiplicité des documents qu'il renferme, échappe à l'analyse. Aussi devons-nous nous borner à reproduire la préface de l'auteur.

La chirurgie en est actuellement à l'une des étapes les plus intéressantes de son histoire : elle s'universalise. Il y a quelque quinze ans, le chirurgien qui se tenait au courant des publications allemandes, anglo-américaines, françaises, italiennes, était considéré comme très renseigné ; cette connaissance suffisait à lui assurer une véritable supériorité. Puis celle-ci n'est devenue réelle qu'à condition de joindre à cette connaissance la connaissance des matériaux constitués par la littérature chirurgicale russe. Aujourd'hui, cela même est insuffisant. En Europe, les pays dont la langue est peu répandue : la Hollande, la Pologne, la Grèce, la Roumanie, la Serbie, etc. ; dans les autres parties du monde, de nombreuses régions avec lesquelles les communications scientifiques sont longues et difficiles : l'Amérique du Sud, l'Australie, le Japon, sont devenues susceptibles de fournir des documents qu'il est nécessaire de ne point laisser de côté.

Dans le domaine spécial à l'étude duquel je me suis consacré, dans le domaine de la chirurgie nerveuse, elle m'a paru tout particulièrement remarquable. De tous côtés, des pays les plus lointains et les plus divers, on me signala des observations ou des documents du plus haut intérêt. Si bien qu'un effort pour les réunir me parut nécessaire. Cet effort, j'ai cru pouvoir le tenter. Il me sembla pouvoir être mené à bien d'une façon véritablement satisfaisante et utile qu'en chargeant, dans chaque pays, un ou plusieurs chirurgiens autorisés de rédiger sur l'état actuel de la chirurgie nerveuse une enquête régionale.

Ce plan avait deux avantages considérables : faire dès à présent entrer dans la science l'amas formidable de documents publiés dans les pays dont les publications scientifiques ne nous parviennent que très incomplètement, ou dont la langue n'est que peu ou pas répandue ; — rendre possible l'adjonction, à ces documents publiés, des documents inédits qui, dans les pays à publicité intensive, sont assez rares, mais qui, dans d'autres, constituent pour ainsi dire la presque totalité d'un apport scientifique qui n'en est pas moins souvent du plus haut intérêt.

Tel était le plan. Restait à grouper les bonnes volontés nécessaires. On me permettra d'être fier de la simplicité et de la promptitude avec lesquelles ce groupement s'est fait. Dans tous les pays du monde, depuis les plus rapprochés jusqu'aux plus éloignés, les maîtres les plus éminents de la chirurgie ont fait à ma demande un accueil empressé et une réponse favorable. C'est un grand honneur pour moi d'avoir été effectivement soutenu dans l'exécution d'une entreprise personnelle, par des hommes tels que : le Pr Capitan professeur d'anthropologie préhistorique à l'école d'anthropologie ; le Pr Nimier, professeur de chirurgie de guerre au Val-de-Grâce ; M. Londe, chef du service photographique de la Salpêtrière ; le Pr Vincent, professeur de pathologie externe à l'Ecole de médecine d'Alger ; le Dr Braquehaye, professeur agrégé, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Tunis, pour la France et ses colonies — le Dr Crocq, professeur agrégé de l'Université de Bruxelles ; le Dr de Buck, directeur de l'Institut Saint-Joseph de Gand, pour la Belgique — le Pr Winkler, professeur de neurologie à l'Université d'Amsterdam, et le Dr Rotgans, professeur de chirurgie à la même université, pour la Hollande ; — le Pr Kocher professeur de clinique chirurgicale de l'Université de Berne, et le Dr de Quervain, chirurgien de l'hôpital de Chaux-de-Fonds, pour la Suisse ; — le Pr d'Olivéra Feijao, professeur de clinique chirurgicale de l'école de Lisbonne, pour le Portugal ; — le Pr Don Fédérico Rubis y Gali, directeur de l'Institut chirurgical de la Moncloa, membre de l'Académie de médecine de Madrid, et le Pr Otero Acévédo, professeur de chirurgie nerveuse à l'Institut Rubis, pour l'Espagne ; — le Pr Durante, professeur de clinique chirurgicale de l'Université de Rome et les professeurs agrégés Roncali et Alessandri, pour l'Italie ; — le Dr Thorburn, chirurgien de l'infirmerie Royale de Manchester et son assistant le Dr P. Rodocanachi ; le Dr Ch. A. Ballance, chirurgien de l'hôpital National pour les paralysies et les épileptiques et de l'hôpital des Enfants-malades à Londres ; le Dr R. Kennedy, chirurgien assistant à la Western Infirmary ; le Dr A. Thomson, chirurgien assistant à l'infirmerie Royale, chirurgien à l'hôpital des Diaconesses, lecteur de chirurgie à Edimburgh, pour la Grande-Bretagne ; — le Dr Pol Heiberg, pour le Danemark, la Suède, la Norvège et la Finlande ; — le Dr Alexandroff, chirurgien en chef de l'hôpital Sainte-Olga de Moscou, pour la Russie ; le Dr Savick, chirurgien de l'hôpital de l'Enfant-Jésus à Varsovie pour la Pologne ; — le Pr Von Bergmann, professeur de clinique chirurgicale à Berlin ; le Pr Krause, professeur de clinique chirurgicale à Berlin ; — le Dr Adler, rédacteur du *Jahresbericht* de Mendel ; — le Dr Bruns, de Hanovre pour l'Allemagne ; — le Pr Albert professeur de clinique chirurgicale à Vienne et son assistant, le Dr Max Gnesda, pour l'Autriche ; — le Pr Ch. Mayal, professeur de clinique chirurgicale à l université tchéque de Prague, pour la Bohême ; — le Dr de Farkas, chirurgien des hôpitaux de Budapest pour la Hongrie ; le Dr de Cackovic, chirurgien des hôpitaux d'Agram, rédacteur en chef du *Liecnicki Viestnik* pour la Croatie ; — le Dr J. Freindlsberger chirurgien en chef de l'hôpital d'Etat de Sérajevo pour la Bosnie Herzégovine ; — le Pr Subbottich, chirurgien en chef de l'hôpital d'Etat de Belgrade, pour la Serbie ; le Pr Th. Jonnesco, professeur de clinique chirurgicale, directeur de l'Institut d'anatomie de Bucharest, pour la Roumanie ; — le Dr Michailovitch, chirurgien de de l'hôpital de Sofia, pour la Bulgarie ; — le Dr Ritzo, secrétaire de la Société impériale de médecine de Constantinople ; le Dr Psaltoff chirurgien de l'hôpital grec de Smyrne pour l'empire Ottoman ; — le Dr Trékaki, médecin de l'hôpital hélléne d'Alexandrie et le Dr A. P. Petridis, chirurgien du même hôpital, pour l'Egypte ; — le Pr Galvanis, professeur de clinique chirurgicale de l'Université d'Athènes, et le professeur agrégé Cary-phyllis pour la Grèce ; — le Dr G. H. Paschagan, chirurgien diplômé à Tauris pour la Perse ; — le Dr M. T. Brennan, professeur de l'université Laval, pour le Canada, — le Pr W. W. Keen professeur de clinique chirurgicale du Jefferson medical collége de Philadelphie, et son assistant M. B. Tinker, le Pr Lloyd, professeur de chirurgie au Post graduate Medical School de New-York, pour les Etats-Unis ; — le Pr Varquez Gomez, professeur de pathologie chirurgicale à l'école de médecine de Mexico, et le Dr Rafael Norma, chirurgien des chemins de fer du Nord Ouest pour le Mexique ; — le Dr Audain, président du conseil médical de la République, pour la République d'Haïti ; — le Dr Llobet, chirurgien en chef de l'hôpital Rawson pour la République Argentine ; — le Pr Navarro, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Montevidéo pour l'Uruguay ; — le Pr Ito, professeur de clinique chirurgicale à l'Université impériale à Kioto pour le Japon ; d'autres encore.

Et parmi ces hommes éminents qui ont bien voulu s'en faire une idée qu'ils ont jugée intéressante, on me pardonnera de citer à part une adhésion qui m'est particulièrement chère. Un maître vénéré, dont la bienveillance me suit depuis des années, M. Laborde directeur des travaux physiologiques, a bien voulu accepter d'exposer pour cet ouvrage, avec sa haute autorité, ce qu'il pense des rapports avec la physiologie expérimentale de la chirurgie du système nerveux, cette branche de la chirurgie qui, peut-on dire sans exagération, est une chirurgie physiologique par excellence, et n'aurait pu, sans le concours journalier de la physiologie, faire aucun des progrès considérables qui ont depuis quelques années modifié du tout au tout son importance.

Aujourd'hui, après trois ans d'un effort collectif ininterrompu, l'œuvre entreprise se trouve menée à son terme. C'est une pierre à cet édifice que serait une encyclopédie sur l'état actuel de la chirurgie. Peut-être, au reste, cette étude internationale sur l'état actuel de la chirurgie nerveuse suscitera-t-elle, de même que ma *Chirurgie opératoire du système nerveux*, a suscité toute une série de chirurgies opératoires viscérales, des enquêtes de même ordre sur l'état actuel des autres chirurgies spéciales : ce serait une grande et légitime satisfaction pour moi.

Ai-je besoin de terminer cette préface par quelques mots sur le plan de l'ouvrage actuel ? Cela est à peine nécessaire. Je tiens seulement à noter, dès à présent, qu'à son dernier volume sont jointes des tables analytiques très détaillées, qui permettent, à propos d'un sujet chirurgical ou bibliographique, de recourir aux divers points de l'ouvrage où il est traité : j'ai apporté un soin tout spécial à l'élaboration de ces tables, particulièrement utiles dans un ouvrage de la nature de celui-ci.

Ces trois gros volumes sont imprimés avec soin, sur beau papier, et illustrés de 576 figures dans le texte. Cette publication fait honneur à celui qui en a eu l'idée, qui y a largement contribué, et à l'éditeur.

Corps étranger enclavé du pharynx chez une idiote ; broncho-pneumonie ; mort ; par M. Sébileau.

De l'observation publiée par notre ancien interne, M. Sébilleau, dans le n° du 15 fév. de la *Clinique infantile* du Dr Variot, nous ne retiendrons ici que ce qui a trait à *l'autopsie*.

« En circonscrivant le larynx avec le couteau pour l'enlever, notre attention est attirée par un *corps dur* qui se trouve logé derrière le larynx, à la partie tout à fait inférieure du pharynx. Ce corps irrégulier, formé de tissu osseux compact et perforé, doit être une portion de sacrum de mouton. Il est long de 0 m. 02 cm., large de 0 m. 01 cm 1/2. Il était exactement enclavé dans la partie droite de l'extrémité inférieure

du pharynx et était en rapport en avant avec la face postérieure du larynx en arrière avec les muscles prévertébraux. Sur une surface de trois centimètres en hauteur et de deux centimètres en largeur, ces muscles prévertébraux sont sphacelés, d'une coloration gris verdâtre. Le larynx n'est pas très lésé, il a plutôt été refoulé; d'ailleurs la malade parlait durant sa vie. Les rubans vocaux supérieurs sont légèrement rouges et un peu œdematiés... »

Cette observation est à rapprocher des deux observations que nous avons publiées, avec *figures*, dans le tome XIII de 1901 du *Progrès médical*, et reproduites dans le *compte rendu* de notre service pour 1900 (p. 45).

L'entéro colite muco-membraneuse ; par M. FROUSSARD, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Plombières-les-Bains. (Librairie Maloine.)

L'auteur, qui a déjà traité dans sa thèse le même sujet, s'est appesanti d'une façon très particulière sur l'entéro-colite muco-membraneuse. Inutile de citer la nombreuse bibliographie, car cette affection a déjà été l'objet de multiples communications.

L'entéro-colite est l'apanage des neuro-arthritiques, *constipation* avec ou sans *débâcles diarrhéiques, douleurs* revenant parfois sous forme de *paroxysmes, rejet enfin par l'anus* de mucus plus ou moins concret prenant souvent l'aspect *pseudo-membraneux*. Très fréquente, l'affection est due à plusieurs causes, d'abord le *sexe*, puis les *causes générales*, les *causes locales*.

Etude clinique : *douleurs abdominales, constipation, rejet dans les selles de mucus*. Les malades sont la plupart du temps très nerveux et joignent les troubles cardiaques avec des troubles gastriques, des troubles hépatiques et des symptômes rénaux et vésicaux. Sur les *complications*, nous nous reportons aux traités médicaux.

Le *pronostic* est assez bénin, mais l'affection est chronique. Nous n'insistons pas sur les différentes théories concernant la pathogénie.

Comme traitement, éviter tout ce qui pourra exciter le système nerveux, régime alimentaire, surtout le lait et les purées. Les bains et les douches sont recommandées ; l'électricité également. En résumé, cet ouvrage met bien la question au point et montre bien la haute compétence du Dr Froussard.

A. GUILLAUMIN.

Bradshaw's Bathing Places and climatic. Places resorte Dictionary.

Répertoire très complet de toutes les stations balnéaires et climatériques rangées par ordre alphabétique. Chaque article est accompagné des renseignements les plus utiles sur l'époque de l'ouverture de la station, les noms des médecins le mode de traitement, l'action des eaux, etc., etc. Des plans, des cartes, des conseils, font de ce livre un ouvrage extrêmement commode et facile à consulter.

Guide pratique d'Urologie clinique, par M. le Dr S. ANDRÉ, chef de laboratoire des cliniques à l'école de médecine et de pharmacie de Marseille. (Chez J.-B. Baillière et fils, Paris).

L'auteur dit dans sa préface qu'en écrivant ce livre il a eu pour but de permettre au médecin de pratiquer lui-même rapidement et sûrement une analyse d'urine, l'aider à raisonner et à interpréter utilement les résultats de cette analyse. Il commence tout d'abord par étudier la physiologie de la nutrition cellulaire normale et pathologique, puis il étudie les différents rapports urologiques ; il passe successivement en revue les divers éléments anormaux, albumines, glycose pigments et acides biliaires et termine par l'examen de la perméabilité rénale.

P. Y.

The medical Annual : A Year Book of Treatment and Practitioner's Index. 21e année 1903. (Bristol, John Wright and Co.)

Dans leur préface, les auteurs se félicitent d'avoir atteint avec succès leur 21e année. En cela, ils ont été plus heureux que les publicistes français. En effet, les tentatives faites, chez nous, dans ce sens, n'ont pas réussi.

La première partie est consacrée à la matière médicale et à la thérapeutique ; la 2e aux nouveaux traitements ; la 3e aux mélanges : hygiène, médecine légale. Viennent ensuite : une revue des nouvelles inventions, des articles sur la pharmacologie, une liste des principales publications de l'année, une liste des asiles consacrés aux aliénés et aux idiots, des institutions d'enseignement spécial, des sanatoria pour les tuberculeux, des institutions et associations d'infirmières. Nous signalons cet *Annuaire* à l'attention de nos lecteurs.

Dr FREEMAN.

Manuel pratique d'allaitement ; par P. BUDIN. (1 vol. de 238 pages, chez Doin, Paris, 1904.)

Le prof. Budin vient de publier un *Manuel pratique d'allaitement* qui est, en grande partie, la rédaction des cours qu'il fit aux dames et aux jeunes filles, en 1903. Déjà ces leçons avaient servi à rédiger le chapitre « allaitement » du « Manuel pratique d'accouchement » de MM. Budin et Démelin : elles ont été augmentées, dans le présent ouvrage des notions indispensables d'anatomie et de physiologie. Les quatre premiers chapitres sont consacrés à l'anatomie et à la physiologie du tube digestif du nouveau-né et de l'appareil mammaire. Puis vient l'étude de la faiblesse congénitale, à laquelle le prof. Budin a consacré tous ses soins depuis de longues annees. Ensuite, les trois modes d'allaitement : au sein, artificiel et mixte, sont étudiés très en détail. L'auteur a eu l'excellente idée de consacrer un chapitre spécial à l'allaitement au cours de la seconde année, si fertile en incidents liés au sevrage et à la dentition. La mortalité infantile occupe toute une partie de l'ouvrage, avec l'étude des moyens médicaux et sociaux de la combattre. Le livre se termine par la description des vices de conformation et états pathologiques du nouveau-né.

Ainsi conçu, à la fois bref et très complet, orné de 88 figures planches et schémas, ce livre justifie très exactement son titre de *Manuel pratique d'allaitement*. — L'auteur en a écarté, de parti pris, toutes les questions d'ordre purement scientifique pour ne développer que les points offrant un intérêt clinique. Cet ouvrage s'adresse, donc, non seulement aux étudiants et aux médecins, mais encore *à toutes les mères de famille* soucieuses d'éviter, au cours de l'allaitement, les lourdes fautes qui se commettent chaque jour. L'auteur s'est toujours exprimé avec une clarté qui lui permet d'être compris du public extra-médical. C'est là, réellement, le *vademecum* de toutes les personnes qui auront à s'occuper médicalement ou non de l'allaitement.

Cyrille JEANNIN.

Les accidents du travail et les affections médicales d'origine traumatique ; par L. THOINOT. (O. Doin, édit.)

M. L. THOINOT vient de publier, dans un volumineux travail de 600 pages, les leçons qu'il a professées au cours de l'année 1902-1903 à la faculté de médecine de Paris. Nous devons remercier notre confrère d'avoir ainsi réuni dans un même ouvrage toutes les conséquences qui découlent d'un accident que le médecin doit savoir apprécier aussi bien que le chirurgien.

Après avoir étudié la loi du 9 avril 1898 et l'avoir comparée avec la législation allemande, l'auteur définit l'accident. Il indique les circonstances modificatrices des accidents du travail, ainsi que leurs conséquences légales : incapacité temporaire ou permanente ; la consolidation. Si le cadre de cette brève analyse nous permettait une critique, nous montrerions notre étonnement de voir que les différentes définitions de l'accident précédemment données par les auteurs allemands, par Remy, par Beaumont, etc., sont passées sous silence, de même que la magistrale étude de Boyer sur la consolidation. Puisque nous critiquons, nous reprocherons également à Thoinot de n'avoir pas donné de références suffisantes. Il cite bien ses auteurs, mais il n'indique pas au lecteur, sauf de rares exceptions, les mémoires originaux qui lui permettront de contrôler les faits qu'il avance.

Ce reproche adressé, nous y voyons traiter les droits et les obligations du médecin et de l'ouvrier ; l'expertise, la façon de faire des Allemands. La question des honoraires médi-

caux y est largement développée, ainsi que celle de l'hospitalisation.

Entrant ensuite dans le domaine pathologique, il étudie les affections pulmonaires et en particulier la tuberculose, les cardiopathies, les affections du tube digestif et du rein, les affections cérébro-médullaires, le diabète et enfin les tumeurs, pour terminer par un tableau des appréciations des incapacités permanentes d'après Brouardel. L'auteur, on le voit, ne s'est pas occupé du traumatisme lui-même. Ce sont les *conséquences*, c'est sa propre expression, qui ont été l'objet de toute sa sollicitude.

Ce livre, le premier paru en France sur ce sujet, rappelle les magistraux travaux de Kaufmann et de Thiem en Allemagne, et nous ne saurions trop remercier notre confrère d'avoir appelé l'attention du monde médical sur cette question. Il y a longtemps que le besoin d'un semblable ouvrage se faisait sentir, mais notre expérience était en défaut. La matière à traiter était très vaste. Thoinot a éliminé les choses les plus courantes et les plus banales pour n'aborder que les grands problèmes de la pathologie. Médecin distingué, légiste autorisé, sa parole sera certainement entendue de tous et, dans ce fil emmêlé que sont les accidents du travail, le médecin et le magistrat auront, après la lecture de ces pages, une perception plus nette des conséquences de l'accident si souvent confondues avec lui. A ce seul titre, le livre de Thoinot s'imposait et l'auteur a droit à nos remerciements. Dr V. Thébault.

Chirurgie de l'abdomen, par M. Guibé. — (Collection de Précis de technique opératoire par les prosecteurs de la Faculté de Paris, Masson et Cie, éditeurs, 1 vol. cartonné. Prix : 4 fr. 50.)

Ce livre est conçu dans un esprit essentiellement pratique. L'auteur étudie les diverses opérations qui se pratiquent sur l'abdomen et donne, à propos de chacune d'elles, une technique simple et précise.

La première partie de l'ouvrage est consacrée à la chirurgie de la paroi abdominale. M. Guibé étudie successivement la technique de la laparotomie, la cure radicale des hernies crurales, inguinales et ombilicales, le traitement des hernies étranglées. La deuxième partie a trait à la chirurgie de l'estomac : gastrotomie, gastrostomie, gastroentérostomie, gastrectomie, gastroplication, gastropexie. L'auteur étudie ensuite les opérations qui se pratiquent sur l'intestin (sutures intestinales, entérectomie, entéro-anastomose, exclusion de l'intestin, résection de l'appendice), sur le rectum et sur l'anus. Un dernier chapitre est consacré à la chirurgie des annexes du tube digestif (foie, voies biliaires, rate, pancreas). Le texte est enrichi de 179 figures dont la plupart sont excellentes et très démonstratives. Cette combinaison d'une description précise et d'une illustration très détaillée a fait de cet ouvrage un livre précieux pour l'étudiant et le praticien. Xavier Bender.

Etat mental et responsabilité des phtisiques (*Stato mentale e responsabilita dei tisici*), revue par Giuseppe Peli (de Bologne). (*Bulletino delle scienze mediche*, anno LXXII, février 1901.)

L'auteur rappelle les travaux antérieurs, en particulier ceux de Bonardi, Mircoli, Letulle, etc., et conclut que, longtemps avant la désagrégation organique finale, les facultés supérieures, en particulier les sentiments affectifs et moraux, sont troublés d'une manière définitive. « Seuls, au milieu d'une telle ruine, persistent la volonté, le libre arbitre et la mémoire, qui demeurent jusqu'à la mort les derniers défenseurs de la matière agonisante ». Pierre Roy.

Le mal perforant ; par Chipault. (Joanni et Cie, éditeurs).

La monographie de M. Chipault sur cette « affection singulière », comme l'appelait Nélaton en 1852, est une excellente revue générale de la question, d'autant plus intéressante que l'auteur s'occupe depuis assez longtemps du mal perforant et qu'un des bons procédés de traitement lui appartient.

Dans un premier chapitre, nous voyons l'anatomie pathologique, aujourd'hui bien connue, du mal perforant, avec une étude très minutieuse des lésions nerveuses qui jouent un si grand rôle dans la pathogénie de l'affection.

Cette pathogénie est ensuite longuement discutée ; les différentes théories sont exposées et judicieusement critiquées et l'auteur se rallie à la théorie nerveuse, qu'il appelle plus justement la *théorie trophique*, mot qui répond à toutes les objections et ne néglige point certains éléments pathogéniques accessoires, nullement en contradiction avec le rôle essentiel de la lésion nerveuse, à savoir l'importance de la lésion vasculaire et de l'action mécanique.

Vient ensuite l'étiologie, l'étude clinique et la thérapeutique du mal perforant.

C'est, en somme, une question complète et l'auteur en a rendu la lecture plus intéressante en rapportant un nombre considérable d'observations cliniques.

Traité pratique de technique orthopédique ; Par le Dr Calot. (Masson et Cie, Editeurs).

Sous ce titre, M. Calot a l'intention de publier un traité essentiellement à l'usage du praticien et concernant la technique orthopédique générale. Le 12e fascicule paru a trait au traitement de la coxalgie.

Dans un premier chapitre, l'auteur insiste sur la nécessité d'un diagnostic précoce et donne les règles essentielles qui serviront à affirmer ce diagnostic ; de nombreuses figures permettent au lecteur de suivre la description de l'auteur concernant l'examen du malade.

Suit un chapitre de pronostic, clair, méthodique, peut-être un peu schématique, mais dont la précision frappe le lecteur. Vient enfin, longuement exposée, l'étude de la thérapeutique à appliquer, thérapeutique variable suivant la période de la coxalgie. Tous les points de ce traitement sont exposés avec une minutie, avec une richesse de détails et de figures qui font la caractéristique du livre et qui rendent sa lecture intéressante et facile.

Sur un cas de méralgie paresthésique (syndrome de Bernhardt-Roth) ; par le Dr A. Austregesilo. (*Revista de medicina*, Rio de Janeiro, 1902.)

A l'occasion d'une observation personnelle, qui offre comme particularités intéressantes la répartition des troubles de la sensibilité objective (zone paresthésique limitée par une zone hypoesthésique), le rôle étiologique du froid et le jeune âge du sujet (femme de 20 ans, chez laquelle les douleurs avaient débuté à 13 ans), l'auteur passe en revue les principales données que nous possédons sur ce syndrome morbide de description récente et fait de larges emprunts au travail de Sabrazès et Cabannes. (*Revue gén. de méd.*) P. R.

Modification du procédé de résection hépatique en un temps avec moignon extra-péritonéal ; par le Prof. Errico Giordano. (*Giorn. Inter. Delle Sc. méd.* Naples, 1902.)

Le procédé de traitement extra-péritonéal du moignon hépatique présente de grands avantages (rapidité de l'opération et surtout possibilité de faire agir les agents hémostatiques directement sur le moignon, principalement dans le cas d'hémorragie secondaire). Les trois chiens opérés par l'auteur ont tous survécu. Le reproche fait à la méthode de retarder la guérison est contredit par ce fait que, lorsqu'aucun incident ne survient, la cicatrisation est complète en moins de deux semaines. P. R.

Chirurgie du membre inférieur ; par Georges Labey ; « Précis de technique opératoire ». (Edité chez *Masson*. Paris, 1904.)

Comme ses congénères, ce petit livre est parfaitement édité, clairement illustré, nettement et brièvement rédigé. En 237 pages et 247 figures, il contient toute la description des opérations qui sont d'un usage courant, en pratique journalière comme en chirurgie orthopédique. Mentionnons par exemple, parmi les interventions sur le squelette : la sym-

physéotomie, les ostéotomies du fémur, du tibia, du péroné, les amputations, résections, trépanations du membre inférieur ; les interventions sur les muscles, tendons, vaisseaux et nerfs des mêmes régions. Est-il nécessaire de souligner l'utilité qu'il y a de bien drainer une artérite suppurée, de la hanche, du genou, du cou-de-pied ; l'intérêt qu'il y a de bien de suturer une rotule fracturée ? Que si le chapitre des amputations et des résections reste aujourd'hui, à quelque détail près, ce qu'il était il y a cinquante ans, d'autres, par contre, sont d'actualité. Tel est celui de la réduction de la luxation congénitale du fémur par manœuvre non sanglante ; ou bien encore celui des anastomoses musculo-tendineuses pour pieds bots paralytiques, opérations dont la valeur est si discutée. En somme, ce rapide aperçu suffit pour faire entrevoir par quelles qualités le petit livre de M. Labey se signale à l'attention. L. Longuet.

Les Aromatiques et les nervins dans l'alimentation. (Aromatici e nervini nell' alimentazione) ; par Adriano Valenti. (Manuali Hœpli, Milan, 1904.)

Dans ce petit livre, qui fait partie de la célèbre collection des Manuels Hœpli, il faut distinguer plusieurs parties :

I. *Les condiments.* — D'abord sont étudiés les condiments les plus usuels (chlorure de sodium, vinaigre, sucre) ; puis les condiments aromatiques, qui constituent de véritables aliments collatéraux et accessoires (piments, poivres, moutarde, cannelle, muscade, anis, coriandre, menthe, truffe, etc., etc). Pour chacun de ces condiments, l'auteur rappelle les propriétés particulières, les avantages et les inconvénients de son usage et surtout de son abus.

II. — Les médicaments nervins de Liebig ne méritent pas l'épithète que Schultz leur a appliquée d'aliments d'épargne : en favorisant la mise en liberté des forces vives, ils entraînent une plus grande consommation des réserves organiques. L'auteur étudie les principaux médicaments nervins : L'*alcool* est envisagé au point de vue de sa production industrielle et à l'intérieur de l'organisme au moyen des fermentations ; le vin, la bière, les liqueurs sont étudiés, comme l'alcool éthylique, au point de vue de leur action physiologique sur la respiration, la circulation, la température, les échanges nutritifs, le travail musculaire, les phénomènes digestifs, etc.; on trouvera également tous les renseignements sur l'intoxication alcoolique aiguë ou chronique, sur l'alcoolisme des femmes et des enfants, sur les rapports de l'alcoolisme avec la malaria, etc.

Les *nervins*, dont le principe actif est la caféine, sont envisagés à leur tour au point de vue de leur action biologique, de leur élimination, de leur action toxique. Les principaux de ces médicaments nervins sont le *café*, le *thé*, le *maté* ou thé du Paraguay, la *noix de kola*, le *cacao*, etc.

Enfin l'ouvrage se termine par un chapitre consacré à l'étude du *tabac* à fumer ou à priser et à l'intoxication habituelle par la nicotine. Pierre Roy.

Les stigmates obstétricaux de la dégénérescence ; par René et Henri Large. (*Rev. de Méd.*, avril 1902.)

Dans cet article, les auteurs appellent l'attention sur les stigmates de dégénérescence en obstétrique. L'hérédité et la dégénérescence ont un lien étroit avec toutes les anomalies de la gestation ; anomalies de la conception (stérilité), anomalies de la grossesse, anomalies de l'accouchement. A un point de vue général, la dégénérescence peut s'exercer tant du côté de l'homme que du côté de la femme et tant pour les tares acquises qu'héréditaires. Telle femme par exemple qui a conçu normalement peut avoir plus tard des anomalies obstétricales à la suite d'une affection ayant déterminé un état débilitant ou ayant réveillé une tare héréditaire latente. Un homme également, à tares génératives, peut déterminer des grossesses anormales chez une femme qui, plus tard, aura d'un autre conjoint des grossesses normales. A un point de vue plus spécial, les auteurs envisagent l'hérédité par transformation, l'hérédité consanguine et l'hérédité similaire des stimates obstétricaux. Lorsqu'il y a hérédité par transformation, on observe par exemple que des stigmates moraux ou physiques peuvent se transformer en stigmates, obstétricaux ; chez une famille ayant des tares dégénératives, on trouvera chez les descendants non plus les mêmes stigmates mais des anomalies de la grossesse, et les auteurs rangent, ici, parmi les anomalies de la grossesse non seulement les présentations anormales mais les cas de gémellité.

Les stigmates obstétricaux peuvent aussi se transformer entre eux ; ainsi à la 1re génération il y a gemellité ; à la suivante pas de gemellité, mais albuminurie gravidique avec éclampsie ou bien accouchement prématuré.

Quant à la consanguinité, elle a son influence en ce sens qu'elle exalte la production de toutes les tares héréditaires à l'état latent. Enfin l'hérédité des stigmates obstétricaux peut-être similaire : hérédité similaire des présentations anormales, hérédité similaire d'anomalies de la grossesse, de gémellité de tendance à l'avortement, à l'accouchement prématuré, aboutissant finalement à la stérilité.

Penseurs et savants. Leurs maladies. Leur hygiène ; par le Dr Gélineau. Préface du Dr Cabanès. (Paris, Vigot, frères, éditeurs, 1904.)

Dans ce nouveau livre, M. Gélineau s'adresse non seulement aux médecins, mais à tous ceux qui, penseurs ou savants, ont souci de vivre bien et longtemps. A côté de la partie technique, il existe une partie anecdotique qui l'explique, l'illustre pour ainsi dire. L'auteur, sous ce double vocable : « penseurs et savants », désigne les êtres intelligents qui travaillent plus de l'esprit que du corps : artistes, gens de lettres, médecins, financiers, etc., tous ceux en un mot qui ont perpétuellement des préoccupations et qui, par ce fait, ont un cerveau d'une impressionnabilité exceptionnelle. Tous ces hommes doivent fuir les excès quelle que soit leur nature ; ils ont le devoir de mettre en pratique des règles d'hygiène appropriées à leurs travaux et à leur tempérament. Qu'ils prennent connaissance de ce volume et ils discerneront parmi les divers types décrits celui qui leur correspond. Dans un premier chapitre, sont exposées les causes générales des maladies des penseurs. Dans le chapitre suivant M. Gélineau passe en revue les causes qui les dépriment : les veilles, la sédentarité, l'influence néfaste du milieu urbain, les commotions sociales, jouent un rôle considérable, énervent le sujet, le déforment et finalement le tuent. Deux chapitres exposent magistralement le rôle nocif de l'alcool et de toutes les autres intoxications. A cette première partie du volume qui révèle le mal, en succède une seconde qui offre le remède. Là le clinicien et l'hygiéniste reprennent leurs rôles, et le traitement ressortissant à chacune des catégories est longuement envisagé.

Le grand mérite de ce livre, qui s'adresse à tous, est d'avoir su allier l'utile à l'agréable par un mélange heureux de considérations scientifiques et d'anecdotes variées. On a reproché à l'auteur de n'avoir pas fait un choix judicieux parmi tous les renseignements qui s'offraient à lui concernant la vie des hommes dont il cite l'exemple. Evidemment, quelques-uns d'entre eux ne paraissent pas d'une authenticité parfaite : mais je me hâte d'ajouter que cela est rare : et d'ailleurs ceux qui critiquent seraient bien gênés pour démontrer qu'ils tiennent des renseignements de première main. Quelque paradoxal que semble le fait, je suis de plus en plus persuadé que les intimes, aveuglés par leur affection et par cela même mauvais juges, connaissent fort mal les grands hommes. G. Paul-Boncour.

Pityriasis et alopécie pelliculaires ; par le Dr R. Sabouraud. (Paris, Masson, éd., 1904.)

Consacrer un livre de sept cents pages à l'étude d'un élément primitif de dermatose, la squame, n'est évidemment pas banal : mener à bien pareille besogne et trouver du nouveau, mérite, à la fois, l'éloge et l'attention. Par où vais-je commencer pour guider le lecteur dans ce compendium, monument élevé à la plus grande gloire du pityriasis ? Comme toujours, par le dernier chapitre, et dans celui-ci

une phrase va résumer la pensée de l'auteur : « Il existe une maladie, nous dit-il, localisée presque absolument aux régions pilaires, spécialement de la tête, avec localisation importante médio-thoracique et moins importante en toutes régions pilaires ; maladie chronique, caractérisée uniquement par la squame sèche, déhiscente, sans réaction inflammatoire sous-jacente d'aucune sorte, maladie très analogue par sa desquamation, sa superficialité, sa perpétuité aux mêmes points, sa diffusion lente, ses récidives après guérison apparente, etc., à la mycose épidermique de la peau glabre, connue sous le nom de *Pityriasis versicolor*.»

Sera-t-on surpris, après avoir lu cette phrase, de voir l'auteur faire dépendre le pityriasis d'un agent parasitaire « le *Pityrosforum molossazii*», assimiler, en somme, à une myase une altération cutanée dont l'interprétation était jusqu'ici tenue en suspens. Je suis trop, comme M. Sabouraud, d'ailleurs, l'élève d'Emile Vidal, pour ne pas partager de telles vues. Je sais très bien que notre maître n'admettait guère la possibilité du pityriasis parasitaire, mais le fait seul d'en avoir distrait le pityriasis circiné et marginé dont il avait cru avoir trouvé le parasite, montre que, sur ce point ses idées étaient en évolution. Quoi qu'il en puisse être, il serait aussi peu scientifique de nier, a priori, l'existence de ce parasite que de l'admettre sans restriction et cela d'autant plus qu'il n'a pu être cultivé. L'idée est ingenieuse, vraisemblable ; c'est tout ce que l'on en peut dire quant à présent.

C'est donc à l'étude bactériologique de cet élément et aux réactions qu'il détermine que M. Sabouraud consacre une bonne partie de son livre, mais il y a plus et ce sont là encore des points nouveaux. Le pityriasis sec, en son type normal, peut se transformer en un type clinique différent, le pityriasis gras, une infection staphylococcique venant alors se greffer sur l'infection pityriasique proprement dite, à la manière d'une infection secondaire. M. Sabouraud discute alors, avec des raisonnements fondés non seulement sur les parfaites connaissances qu'on lui connaît en anatomie pathologique et en bactériologie cutanées, mais aussi sur la clinique, les relations que le pityriasis ainsi compliqué peut présenter avec l'impétigo, le psoriasis et l'eczéma. Ce serait risquer de me laisser entraîner bien loin que d'analyser cette partie du livre, d'autant mieux que, comme il est écrit que nous ne serons jamais parfaitement d'accord, M. Sabouraud et moi, j'aurais à faire bien des réserves sur les idees de l'auteur touchant le *microbisme* possible du psoriasis. Comment M. Sabouraud peut-il soutenir pareille doctrine ? Il est vrai qu'il y a encore de bons esprits qui croient au microbe du cancer..... et d'autres, à la quadrature du cercle.

Paul RAYMOND.

Causeries sanitaires. T. II. Désinfection. (Conf. de la Croix-Rouge franç. Comité de Dijon) par le Dr YVERT, médecin principal de l'armée en retraite. (Paris, Alcan, 1904.)

Le Dr Yvert avait consacré ses premières causeries sanitaires à la « théorie des germes » ; la seconde série des conférences de la Croix-Rouge de Dijon porte sur la *désinfection*, c'est-à-dire sur l'ensemble des agents mécaniques, physiques et chimiques mis à notre disposition pour la destruction des micro-organismes pathogènes. L'auteur rappelle d'abord les procédés employés autrefois pour circonscrire les foyers épidémiques. Ces moyens étaient souvent barbares et cruels et même encore tout près de nous, en 1879, lors de l'apparition de la peste à Vetlianka, on fit le vide autour des endroits contaminés. Des troupes de cosaques tiraient sur tout habitant essayant de sortir des villages condamnés. Tous les procédés modernes de désinfection sont soigneusement étudiés au cours des sept conférences que renferme le volume. On y trouve en outre le texte de toutes les lois et des décrets qui régissent la désinfection en France, les conclusions de l'Académie de médecine et les dispositions adoptées par le conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine pour l'application de la loi du 15 février 1902.

Lucien GRAUX.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

Prétendue nocivité des huîtres.

C'est en Amérique et en Angleterre que semble avoir été soulevée la question de la nocivité des huîtres, accusées, entre autres, de transmettre la fièvre typhoïde. En 1896, M. Chantemesse attira l'attention de l'Académie sur la transmission possible du bacille d'Eberth par les huîtres. Citons encore un rapport de M. Cornil à l'Académie et un autre de M. Mosny au Comité consultatif d'hygiène. Les conclusions de ces différents travaux, amplifiées par la presse politique, avaient jeté un discrédit sur les huîtres et causé préjudice au commerce.

Le ministre de la marine a voulu avoir l'avis du Comité consultatif des pêches maritimes. Celui-ci a chargé M. le Prof. A. GIARD du rapport qui a été publié dans le *Journal officiel* du 28 juillet. Voici les conclusions de ce rapport élaboré avec le plus grand soin :

1° L'huître, dans ses conditions normales d'existence, n'est malsaine en aucune saison (pas même à l'époque du frai) ;

2° Les maladies microbiennes de l'huître ne sont pas transmissibles à l'homme. Ces maladies sont rares, d'ailleurs, et inconnues dans la plupart de nos établissements ostréicoles ;

3° Les huîtres draguées au large et sur les bancs naturels sont à l'abri de toute contamination. Elles peuvent, dans certains cas, devenir impropres à la consommation, mais ne constituent pas un danger pour la santé publique ;

4° La transmission du bacille d'Eberth (bacille de la fièvre typhoïde) par les huîtres est chose possible ; mais les cas bien démontrés sont excessivement rares. Ils exigent un concours de circonstances tout a fait exceptionnel ;

5° Les établissements de production de naissain, par leur nature même, sont à l'abri de toute suspicion.

6° Il convient de distinguer parmi les parcs : 1° les parcs d'étalage, 2° les parcs d'engraissement : 3° les parcs d'expédition ;

7° Les parcs d'étalages sont peu nombreux et faciles à surveiller et à déplacer au cas où il pourraient devenir insalubres. On n'a pu, d'ailleurs, les incriminer sérieusement ;

8° Les parcs d'engraissement, pour remplir le but que se propose l'ostréiculteur, doivent être placés dans des conditions parfois suspectes en apparence, mais qui excluent forcément une contamination permanente ;

9° Les parcs d'expédition seuls exigent une surveillance très active. Cette surveillance doit s'exercer également dans les dépôts transitoires des bassins des ports où les huîtres séjournent souvent avant leur transport dans les gares ;

10° Toute surveillance des parcs serait illusoire si elle n'était suivie d'une surveillance beaucoup plus nécessaire des huîtres mises en réserve chez les marchands en détail, les restaurateurs, les vendeurs sur la voie publique, etc.

Il convient de rappeler au public que, dans beaucoup de petites stations balnéaires du littoral où on a attribué aux huîtres des endémies d'affections typhoïdiennes, les sources d'infections sont nombreuses surtout à la fin de la saison des bains, qui coïncide justement avec la reprise de la consommation. Les eaux de sources sont souvent suspectes, les égouts nuls ou mal entretenus. L'hygiène de la plupart de nos petits ports est tout à fait déplorable, et c'est de ce côté qu'il convient d'attirer l'attention au lieu de prendre comme bouc émissaire une industrie nationale très intéressante et digne de tous les encouragements.

Comme sanction pratique de ces conclusions, le Comité consultatif des pêches maritimes exprime le vœu que M. le Ministre de la Marine envoie M. l'inspecteur général des pêches maritimes sur les différents points où se trouvent des établissements ostréicoles de toute nature : 1° afin de constater les améliorations apportées en ces dernières années aux conditions d'hygiène dans lesquelles se trouvent ces

établissements ; 2° afin d'examiner les mesures de toutes sortes (expériences scientifiques, ou sanctions administratives) qu'il conviendrait de provoquer s'il y a lieu pour mettre notre industrie ostréicole à l'abri de toute critique au point de vue hygiénique.

Le Comité consultatif exprime également le vœu que M. le Ministre de l'Intérieur veuille bien prescrire des mesures de police très sévères en ce qui concerne la vente des huîtres en détail.

Empoisonnements par des tomates de maturité insuffisante ; par le Dr L. Paradis.

L'année dernière, dans le cours du mois d'août, je fus appelé auprès d'une famille de quatre personnes qui, me disait on, avait dû être « empoisonnée ». Il s'agissait du père et de la mère âgés d'une cinquantaine d'années environ et de leurs deux fils, vingt et dix-sept ans. Tous les quatre, le matin même, étaient en bonne santé et n'avaient commencé à être indisposés que peu de temps avant mon arrivée. A ce moment (2 h. 1/2 à peu près après le repas), ils se plaignaient tous les quatre de coliques très violentes et d'une diarrhée abondante : le père et l'un des fils surtout paraissaient très abattus et je fus étonné de constater chez tous, et principalement chez le père, de la dilatation des pupilles. L'examen de la batterie de cuisine ne présentait rien de particulier : il n'y avait pas eu de viande au repas et la seule chose qui attira mon attention fut la présence à leur repas de *tomates à peine mûres*. Avec un peu d'ipéca et quelques tasses de thé au rhum, mes malades furent d'ailleurs vite sur pied.

Il y a quelques jours, j'ai eu également à soigner un jeune homme présentant des symptômes analogues et qui, une heure et demie avant, avait fait un repas dans la composition duquel étaient des tomates. Il en restait quelques-unes et j'ai pu constater qu'elles n'étaient pas d'une maturité complète. Je ne crois pas qu'il ait été signalé d'empoisonnements par les tomates et c'est à ce titre que ces deux cas m'ont paru intéressants. La tomate (lycopersicum solanum) est une solanée et peut-être n'est-il pas illogique de rapprocher ces cas d'intoxication de ceux dus aux pommes de terre vertes ou avariées. (*Lyon médical* du 21 août 1904.)

NÉCROLOGIE

Le Dr DUREAU

Nous avons le très vif regret d'annoncer la mort, à l'âge de 74 ans, du Dr Alexis Dureau, l'éminent bibliothécaire de l'Académie de médecine, depuis 1875. Dans ses fonctions, dont il s'acquittait avec un zèle passionné, il a rendu d'innombrables services à tous ceux, connus ou inconnus, qui lui demandaient des renseignements. Il a contribué puissamment au développement de la bibliothèque de l'Académie qui renferme, entre autres, environ 200.000 volumes.

Dureau était, croyons-nous, le doyen des journalistes médicaux. Ses debuts remontaient à environ 50 ans. Il a collaboré à l'*Abeille médicale*, à la *Gazette médicale*, à l'*Opinion médicale* fondee en 1869 par le Dr Prompt, à la *Gazette hebdomadaire*, etc., etc. Chaque année, il avait l'obligeance de mettre au point, pour notre *Numéro des Etudiants*, le chapitre consacré à l'Académie de médecine. Nous adressons à sa famille l'expression de nos sentiments de condoléances les plus sympathiques.

AVIS TRÈS IMPORTANT. — Tout ce qui concerne la Rédaction et l'Administration doit TOUJOURS être adressé aux bureaux du journal, 14, *rue des Carmes*.

VARIA

Revaccination des nomades.

Le Conseil général de l'Aube a émis, à l'unanimité, le vœu suivant :

« Le gouvernement fera procéder d'office, le même jour, dans toute la France, à la vaccination antivariolique de tous les nomades, ambulants, marchands, comédiens, sans domicile fixe, qui ne justifieront pas qu'ils ont été vaccinés au moins depuis deux ans. »

Ce vœu a été émis à l'occasion de l'épidémie de variole qui a fait récemment plusieurs victimes à Troyes, et qu'on suppose avoir été apportée par des nomades. On ne peut que s'associer à ce vœu et demander à l'administration supérieure de donner des instructions énergiques pour que les municipalités ne rejettent pas les unes sur les autres les mesures à prendre et fassent leur devoir.

LES CONGRÈS

Association française d'Urologie (20-22 octobre 1904). — La huitième session se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du 20 au 22 octobre 1904, sous la présidence de M. le Professeur Guyon. Secrétaire général : M. E. Desnos, 59, rue de La Boétie, Paris.

Congrès Français de médecine ; 7e Session (Paris, 24-27 octobre 1904.) — Ce Congrès se tiendra cette année à Paris, du 24 au 27 octobre inclusivement, sous la présidence du professeur Cornil. Pour les renseignements et les communications, s'adresser à M. le Dr Enriquez, secrétaire général adjoint, 8, avenue de l'Alma.

1er Congrès International d'assainissement et de salubrité de l'Habitation (Paris, octobre 1904). — La Société Française d'Hygiène a pris l'initiative d'un Congrès d'Assainissement et de Salubrité de l'habitation qui se réunira à Paris du 15 au 20 octobre prochain. Les communications et demandes de renseignements doivent être adressées au Secrétaire général du Congrès, M. F. Marié-Davy, 7, rue Brézin, Paris (14e Arrond.).

1er Congrès international d'éducation et de protection de l'enfance. — Ce Congrès aura lieu à l'Exposition de Liège en septembre 1905. Pour renseignements, s'adresser rue Rubens, 14, à Bruxelles.

Congrès international de la tuberculose

(Paris, 2-7 octobre 1905.)

Le Congrès international de la tuberculose, qui se réunira à Paris du 2 au 7 octobre 1905, a fixé dès à présent les questions qui seront soumises sous forme de rapports à l'étude des membres du Congrès. Trois questions dans chacune des deux sections du Congrès seront étudiées par des rapporteurs. Trois rapporteurs seront désignés pour chaque question, l'un des rapporteurs devant être français. Les comités nationaux étrangers sont en train de désigner leurs rapporteurs. Pour la France, les rapporteurs sont nommés.

La section de pathologie, dont le président est le professeur Lannelongue, a choisi les trois questions suivantes : 1° Traitement du lupus par les nouvelles méthodes. Rapporteurs français : Dr Jeanselme et Dr Chatin. — 2° Diagnostic précoce de la tuberculose par les nouvelles méthodes. Rapporteur français : Dr Achard. — 3° Étude comparative des diverses tuberculoses. Rapporteur français : Prof. Arloing (de Lyon).

La section sociale, qui a pour président le professeur Landouzy, a pris les trois questions suivantes : 1° Facteurs étiologiques de la tuberculose. Rapporteur français : Dr Romme. — 2° Rôle des dispensaires et des sanatoriums dans la lutte antituberculeuse. Rapporteur français : Dr Courtois-Suffit. — 3° Assurances et mutualités dans la lutte contre la tuberculose. Rapporteur français : M. Edouard Fuster. — Secrétariat général, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

FORMULES

VIII. — Contre la bronchite chronique.

Frictions sur la poitrine avec 4 grammes de la pommade :

Lanoline	50 gr.
Camphre	4 gr.
Menthol	1 gr.
Essence d'eucalyptus	áá 0 gr. 50
— de pin sylvestre	

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 14 août au samedi 20 août 1904, les naissances ont été au nombre de 1.063, se décomposant ainsi : légitimes 797, illégitimes 266.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 771, savoir : 417 hommes et 354 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 3 — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 1. — Rougeole : 6 - Scarlatine : 0. — Coqueluche : 10. — Diphtérie et Croup : 3. — Grippe : 0.. — Choléra asiatique : 1. — Choléra nostras : 1. — Autres maladies épidémiques : 3. — Tuberculose des poumons : 185. — Tuberculose des méninges : 9. — Autres tuberculoses : 17. — Cancer et autres tumeurs malignes : 52. — Méningite simple : 20. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 25 — Maladies organiques du cœur : 36. - Bronchite aiguë : 4. — Bronchite chronique : 8. - Pneumonie : 25 — Autres affections de l'appareil respiratoire : 27. - Affections de l'estomac (cancer exc.) : 3. - Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 7 ; autre alimentation : 89. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 13. - Hernies, obstruction intestinale : 7 — Cirrhose du foie : 10. — Néphrite et mal de Bright : 18. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 4. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 5. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 2. — Débilité congénitale et vices de conformation : 22. — Débilité sénile : 21. — Morts violentes : 30. — Suicides : 12. — Autres maladies : 90 — Maladies inconnues ou mal définies : 14.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 59, qui se décomposent ainsi : légitimes 42, illégitimes 17.

Distinctions honorifiques. — *Chevalier de la Légion d'honneur* : M. Raymond (Paul-Hippolyte), docteur en médecine à Paris, professeur agrégé des facultés de médecine, auteur de travaux de médecine et d'hygiène industrielle.

Monument Trasbot. — Des collègues, des amis et des élèves du professeur Trasbot se proposent d'ériger un monument à sa mémoire, en reconnaissance des longs et brillants services rendus à l'enseignement et à la profession vétérinaire. Le bureau du Comité est composé de MM. Chauveau, Tisserand, Raymond, Baron, Moussu, Mouchotte, auquel doivent être adressées les cotisations 11, rue de l'Epinette, à Saint-Mandé (Seine).

Asile d'aliénés d'Alençon. — Une place d'interne sera vacante le 1er octobre 1904 à l'asile public d'aliénés d'Alençon. Minimum de scolarité : 12 inscriptions de doctorat ; avantages : 800 francs : logement, nourriture, chauffage, éclairage, blanchissage. Laboratoire et bibliothèque. Adresser les demandes à M. le Dr Charuel, directeur médecin en chef.

Hospices civils d'Abbeville. — *Nomination de deux médecins-adjoints. Concours.* — La Commission administrative des hospices civils d'Abbeville donne avis que, le mercredi 21 décembre 1904, à huit heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination de deux médecins-adjoints des hospices et hôpitaux d'Abbeville. Ce concours aura lieu à Lille, hôpital de la Charité, devant un jury désigné par M. le doyen de la Faculté.

Conditions d'admission au concours. — Pour se présenter au concours, les candidats devront réunir les conditions suivantes : 1° être Français ; 2° être titulaire du diplôme de docteur en médecine, conféré par une faculté française ; 3° être âgé de 27 ans au moins et de 45 ans au plus ; 4° exercer la médecine depuis deux ans au moins ou avoir été interne pendant deux ans dans les hôpitaux d'une ville, siège d'une faculté de médecine de l'Etat.

Les canditats devront déposer leur acte de naissance, un certificat de moralité, une demande contenant l'engagement de se conformer aux règlements des hôpitaux faits ou à faire et de fixer leur résidence à Abbeville, s'ils sont choisis par la commission administrative, leur diplôme de docteur, l'indication de leur résidence depuis l'obtention de ce diplôme, et une notice sur leurs titres, travaux et services antérieurs, le tout à remettre au Secrétariat de l'administration des hospices, à Abbeville, 4, avenue du Rivage, un mois au moins avant l'époque fixée pour l'ouverture du concours. L'administration, sur le vu de ces pièces, statue sur l'admissibilité au concours. Sa décision est notifiée aux candidats. Le candidat qui sera classé premier par le jury sera nommé médecin-adjoint de l'Hôtel-Dieu ; le candidat classé deuxième sera nommé médecin-adjoint de l'hospice général.

Epreuves du Concours. — Les épreuves du concours consisteront en : 1° une composition écrite sur un sujet de pathologie médicale, pour la rédaction de laquelle quatre heures sont accordées aux candidats. Les compositions à la fin de l'épreuve sont mises sous enveloppes scellées en présence des candidats et y restent jusqu'au moment de la lecture publique ; chaque candidat lit lui-même sa composition devant le jury ; 2° une épreuve clinique de diagnostic médical ; un ou deux malades seront proposés à l'examen des candidats qui auront vingt minutes pour examiner, cinq minutes pour réfléchir, quinze minutes pour exposer le cas et conclure ; 3° une consultation écrite de diagnostic et traitement d'un cas clinique médical. Vingt minutes sont accordées pour l'examen, trois quarts d'heure pour la rédaction ; 4° un examen anatomo-pathologique comprenant l'examen qualitatif d'un produit normal ou pathologique de l'organisme humain. Toutes ces épreuves seront publiques.

Fonctions et attributions des médecins et chirurgiens. — Les médecins et chirurgiens titulaires ou adjoints sont choisis par la commission administrative des hospices après concours. Ils sont nommés pour 5 ans. Ils peuvent être prorogés, sans nouveau concours, dans leurs fonctions pour une ou plusieurs autres périodes successives de 5 ans, mais leurs fonctions cessent de plein droit à la fin de l'année dans laquelle ils ont atteint l'âge de 60 ans. En cas de cessations de service des docteurs titulaires, pour quelque cause que ce soit, les docteurs adjoints les remplacent de droit, mais seulement pour le temps qui restait à courir au titulaire sortant. Les fonctions de médecin-adjoint sont gratuites.

Automobilisme et médecins. — Dans l'après-midi du 26 août, M. le docteur Mascarel, de Brûlon, conseiller général de la Sarthe, passait en voiture au croisement des côtes de la Lune, lorsqu'une automobile, montée par des touristes anglais et qui descendait une des pentes à toute vitesse, vint prendre le véhicule en écharpe. Le choc fut si violent que M. Mascarel et son domestique furent projetés sur le sol et ont été gravement blessés.

Assistance. — Par décret en date du 1er juillet, l'« Association dite Société des visiteurs pour le relèvement des familles malheureuses », dont le siège est à Paris est reconnue comme établissement d'utilité publique.

Hospices de Montpellier. — *Concours pour une place d'interne titulaire et une place d'interne provisoire dans l'Asile public d'aliénés de l'Hérault.* (Clinique des maladies nerveuses et mentales.) — Le lundi 12 décembre 1904, à 8 heures du matin, il sera ouvert, à l'hôpital général, un concours pour une place d'interne titulaire et une place d'interne provisoire dans l'asile public d'aliénés de l'Hérault. Seront admis à ce concours les étudiants en médecine ayant huit inscriptions et étant âgés de 21 ans au moins.

Laboratoire de diagnostic bactériologique des maladies infectieuses. — Le laboratoire de bactériologie de la ville de Paris met gratuitement à la disposition de MM. les médecins des nécessaires pour le diagnostic de la diphtérie et de la tuberculose. Ces nécessaires sont délivrés, rue des Hospitalières-Saint-Gervais, 1 *bis* (4e arrondissement), sur la demande écrite de MM les médecins, la veille ou le jour même de leur emploi, et les résultats des analyses leur sont communiqués aussitôt qu'ils sont acquis, généralement 24 heures après le retour au Laboratoire des nécessaires utilisés.

Le Laboratoire de diagnostic bactériologique des maladies infectieuses, situé rue des Hospitalières Saint-Gervais, 1 *bis* (4e arrondissement) est ouvert tous les jours, de 8 h. du matin à 8 h. du soir, y compris les dimanches et fêtes. — Nota : Le dépôt d'une somme de 0 fr. 50 donne droit à une réponse par voie télégraphique.

Incinération. — Les Japonais sont décidément des gens à précautions. En prévision de grands combats aux environs de Liao-Yang, ils ont commandé, à Takou, dix mille caisses de bois pour recueillir les cendres des cadavres qui seront incinérés sur le champ de bataille, lors des prochaines rencontres. Ils ont passé également un contrat pour l'incinération. (Dépêche de Saint-Pétersbourg, du 27 août). Rappelons à ce propos que l'incinération est de pratique courante au Japon.

Nécrologie. — Le Dr Goutal, conseiller général de l'Aveyron, s'est suicidé le 25 août, dans un accès de fièvre chaude (?). — M. Legludic, sénateur de la Sarthe, est mort à Sablé. Il était âgé de soixante et un ans. Docteur en médecine, ancien médecin de l'armée. M. Legludic avait fait la campagne de 1870 avec les mobilisés du canton de Sablé. Maire de Sablé en 1878, il fut élu député en 1885, réélu en 1889 et 1893. C'est en 1895 que les élec-

teurs de la Sarthe l'envoyèrent siéger au Luxembourg. Il avait été élu de nouveau sénateur en 1900. M. Legludic était président de la Société des agriculteurs de la Sarthe et membre du conseil supérieur de l'agriculture. — La *Revue médicale de la Suisse romande* du 20 août annonce la mort, à 59 ans, du Dr ZAHN, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Genève. — On annonce la mort de M. le Dr Auscaler (Maximilien), décédé à Dreslincourt (Oise).

L'ESPRIT DES AUTRES. — « Il est du devoir de la Société de prévenir le mal et d'encourager, de récompenser le bien autant qu'il est en elle. » (Eugène Sue. *Mystères de Paris*, 5e partie, XVI.)

Chronique des hôpitaux de Paris.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. A. LÉRI, chef du laboratoire, commencera un cours de clinique et d'anatomie pathologique des maladies du système nerveux le 12 septembre, à 2 heures, et le continuera trois fois par semaine.

Programme du cours : Sémiologie générale du système nerveux. Modes d'examen. Exposé symptomatique des différentes affections des centres nerveux (cerveau et moelle) et des dystrophies (acromégalie, achondroplasie, myxœdème, etc.) avec présentation de malades. Examen ophtalmoscopique. Cyto-Diagnostic. Electro-Diagnostic. Exercices de Radioscopie clinique. Notions d'électrothérapie, de radiothérapie et de psycho-thérapie. Démonstrations d'Anatomie pathologique. Technique histologique du système nerveux. Les principales méthodes de coloration. Présentation de pièces et de coupes microscopiques. Le cours comprendra 20 leçons. Chaque leçon durera 2 heures. Les inscriptions ont reçues dès maintenant à Bicêtre, le lundi de 2 à 4 heures, ou par correspondance, le droit est de 80 francs.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HÔTEL-DIEU. — MM. les Drs SCRINI et POULARD, chefs de clinique, et M. le Dr MONTHUS, chef de laboratoire, ont commencé, le 1er septembre 1904, à 2 heures, à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, un *cours de revision* avec conférences, examens cliniques, recherches de laboratoire et exercices de médecine opératoire. Le cours a lieu tous les jours et durera environ trois semaines. Le droit à verser est de 50 fr.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie Jules ROUSSET
1, rue Casimir-Delavigne

MAURAT (Louis). — Essai d'un traitement des rétrécissements de l'urèthre par la dilatation élastique. 1 vol. In. 8° de 82 pages. Thèse de Paris.

Librairie STEINHEIL
2, rue Casimir-Delavigne

MORCHOISNE (Edmond). — Les variations physiologiques du rapport azoturique et l'influence des régimes alimentaires sur l'élimination azotée de l'urine. In 8° de 96 pages. Thèse de Paris.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES, CLERMONT (OISE).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

3e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XX. No 37. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 10 SEPTEMBRE 1904

Le Progrès Médical

CHIRURGIE BIOLOGIQUE

L'Asepsie opératoire (1).

I.—*La stérilisation sans pression* (Son insuffisance).

II.—*La stérilisation par vapeur hydrique sous pression* (Sa valeur).

III.—*La stérilisation par vapeur anhydre sous pression* (Sa légitimité).

Par le Dr L. **LONGUET**

Professeur suppléant à l'Ecole de Rouen.

La stérilisation aseptique du matériel opératoire par l'agent physique *chaleur* se réalise couramment sous deux formes principales : dans l'une, les microorganismes sont détruits par *l'air*, ou les *gaz chauds*, ou encore par *la vapeur sans pression* ; dans l'autre, ils sont tués par la *vapeur hydrique sous pression*. Je veux ici démontrer que : 1° la première de ces méthodes est d'une sécurité très relative ; 2° que la deuxième est excellente, mais inapplicable à certains objets ; 3° que pour ces mêmes objets, la *vapeur anhydre sous pression*, troisième méthode restée jusqu'ici dans l'obscurité, est de valeur égale à la précédente. A ce titre, elle mérite droit de cité en chirurgie.

§ I. AIR, GAZ OU VAPEUR SANS PRESSION.

Si je laisse de côté la stérilisation par l'*électricité*, puisque l'électricité n'est en somme utilisée que comme agent de caléfaction, je puis résumer à quatre les modalités sous lesquelles air, gaz, ou vapeurs sont utilisés sans pression pour détruire les bactéries.

A) Par la « *tyndallisation* » les objets, en plusieurs séances rapprochées, sont portés à une température peu élevée, toujours inférieure à 100°. Sporulés ou non, les microorganismes, sont tués à mesure de leur repullulation. Et le combat par la chaleur discontinue ne doit prendre fin que lorsque toute culture cesse de végéter. Ce « modus faciendi », a l'avantage capital de ne point altérer les tissus. Les albuminoïdes demeurent intacts si l'on ne dépasse pas 70°, point de coagulation. Suivant ce principe, les bactériologistes préparent des tubes de sérum stérile pour milieu de culture.

B) Par « *l'ébullition* », les objets sont soumis à une température plus élevée, à 100° avec l'eau bouillante, à 105° avec une solution carbonatée, (carbonate de soude à 2 p. 100 recommandé par Bergmann et Schimmelbusch, borate de soude ou benzoate de soude a 2 p. 100) ; à 115 et 120° ou plus avec l'huile bouillante, ou avec la vaseline liquide, ou avec la glycérine (préconisée par Poncet).

C) Par la « *vapeur surchauffée* », la stérilisation s'opère également au voisinage de 100. Les objets sont mis en contact avec un gaz chaud ou avec une vapeur chaude qui librement et sans pression circule autour d'eux, loin du liquide générateur. A cet effet, l'on emploie la vapeur d'eau, la vapeur d'acide sulfureux, ou les huiles éthérées, comme l'huile de bergamote, d'œillette, etc.

D) Enfin par « *l'air sec et chaud* », en chambre fermée, on obtient des températures beaucoup plus élevées, par exemple 160 ou 170°, zone fatale pour toute bactérie. En pratique, on fait usage d'étuves dites sèches, dérivées toutes « du four à flamber » de Pasteur, que Poupinel a modifié pour l'adapter aux exigences de la chirurgie. Les plus récents modèles de ces boîtes métalliques comportent une double paroi dans laquelle circule la vapeur d'un liquide bouillant à haute température comme le xylène, la paraffine. D'autres étuves sont intérieurement cloisonnées en multiples compartiments.

Je ne veux pas jeter sur ces différents modes de stérilisation un discrédit formel et systématique. Ils suffisent à mon sens pour un chirurgien qui s'abstient d'opérer des phlegmons, des abcès, des panaris, des ostéomyélites, des gangrènes gazeuses, pour se consacrer aux interventions aseptiques, telles les cures radicales de hernies, les appendicectomies à froid, les ablations de tumeurs non infectées et pas ulcérées, les hystérectomies subtotales pour fibromes utérins, les transpositions testiculaires pour hydrocèles, etc. Mais si peu que nous menions de front les deux chirurgies, l'aseptique

(1) Voir, sur l'asepsie en général, L. Longuet : De l'asepsie des mains en chirurgie. *Presse médicale*, nos 54, 64, 66, 1901 et l'asepsie opératoire : la question du catgut. *Progrès médical*, nos 20 et 21, mai 1904.

et la septique — ce qui est la règle quant à présent — je ne crains pas d'avancer qu'avec les seuls moyens de stérilisation dont il est jusqu'ici question, nous sommes fatalement exposés à infecter un jour ou l'autre nos opérés aseptiques par nos opérés septiques, cela par l'intermédiaire du matériel, sans parler de la contamination par les mains (1).

A. Et de fait, la *tyndallisation* est manifestement insuffisante. Elle demeure sans action efficace contre les spores ; ce n'est qu'un pis aller.

B. L'*ébullition* a le gros inconvénient d'altérer le matériel opératoire, sans assurer sa stérilisation absolue. Me faut-il rappeler que l'ébullition d'une macération de foin constitue un excellent moyen d'obtenir le *subtilis* à l'état de pureté ! Avec le *mégaterium*, bacille de la pomme de terre, comme avec celui du foin, Globig conserva des spores vivantes malgré une ébullition de 4 heures dans l'eau. Terrier, plaçant pendant une heure des compresses de toile et des tampons d'ouate hydrophile dans 5 litres d'eau bouillante, obtint des cultures positives. Et Strauss (2) n'a-t-il pas démontré que les spores peuvent se développer après 2 et même 4 heures d'ébullition ?

C. La *vapeur surchauffée* utilisée comme agent de stérilisation vaut moins que l'ébullition. Projetant de la vapeur d'eau à 100°, Esmarch constate que cette vapeur se refroidit presque immédiatement ; qu'à 120°; son action est moins énergique qu'à 110°, car à 110° la vapeur étant moins sèche qu'à 120° contient encore un peu de l'eau qu'elle avait à l'état de saturation. Dans une expérience de Terrier, 24 tubes de bouillon contenant de l'ouate poussiéreuse traitée par l'appareil de Schimmelbusch, cultivent tous en 24 heures. Le développement des microbes n'est même point retardé. Repin obtient des cultures en ensemençant certaines substances organiques septiques (catgut) préalablement placées dans le toluène en ébullition à 116°.

D. L'*air chaud* des étuves sèches est brûlant à la surface de l'étuve, alors qu'au centre, il est à peine chaud. En ces boites métalliques, la répartition du calorique se fait mal. Si l'étui enveloppant est à 160°, le cœur est à 100° ou au-dessous. D'une zone à l'autre, les différences thermiques s'élèvent à 30 ou 40°. Sorel a constaté que l'eau d'une capsule mise au milieu d'étuve à 130° n'entre pas en ébullition. C'est que le rayonnement se fait inégalement. Chaque objet reçoit une somme de chaleur variable suivant la distance qui le sépare de la paroi. Il prend une température inférieure à celle indiquée par le thermomètre placé dans l'enceinte. Les principales cloisons forment autant d'écrans qui interceptent la distribution régulière du calorique. J'ajoute que le réglage de ces appareils est difficile ; que le matériel s'y altère ; que les instruments y brûlent ; que le coton y roussit à la périphérie.

En résumé, le reproche collectif et capital que j'adresse à toute la méthode, c'est qu'elle n'assure par aucune de ses variantes, l'absolue destruction des microorganismes. Car certaines bactéries, grâce à leurs spores, formes de résistance, supportent des températures très élevées. Koch a observé le développement de spores du bacillus anthracis préalablement portées à 123° dans l'air sec. Il faut, dit Schimmelbusch, 160, 180° pendant 2 heures pour tuer les spores charbonneuses. Il m'a semblé qu'il faut un peu moins pour tuer celles du tétanos. Mais si l'usage de la chaleur sans pression suffit souvent dans la pratique courante, je n'en puis pas moins dire de cette méthode aseptique ce que dit Terrier de la méthode antiseptique : elle suit le calcul des probabilités ; *elle donne la sécurité relative, nullement la sécurité absolue, mathématique, indiscutable*. Voilà comment j'ai été amené à rejeter toute cette première catégorie de procédés relativement aseptiques, à franchir un pas en avant et localiser mes recherches à l'asepsie absolue.

§ II. VAPEUR HYDRIQUE SOUS PRESSION.

La vapeur d'eau sous pression échappe à toute accusation grave : on peut affirmer que toute substance est rigoureusement stérile qui, 30 minutes durant, a subi l'action de cette vapeur à 125°. La preuve de ce fait n'est plus à donner : Soumettez à ces conditions les cultures les plus végétantes ; pas une, absolument pas une, ne se reproduira par le « repiquage ». Pas une, absolument pas une, ne déterminera le moindre effet pathologique par l'inoculation aux animaux, quelle que soit sa virulence initiale. En pratique chirurgicale, la vapeur sous pression est obtenue par de petites machines à vapeur, dérivées de la marmite de Papin, connues sous le nom d'*autoclaves*. En France Terrier, avec la collaboration de Quenu, les a appliqués à la chirurgie. Les modèles sont nombreux depuis celui créé par Chamberland. Tous assurent la complète destruction de toute bactérie, sous la réserve formelle qu'une purge préalable évitera l'emmagasinement d'air dans l'appareil. Car l'air forme un épais matelas qui se tasse dans les régions déclives de ce vase hermétiquement clos, c'est-à-dire dans les zones où l'on place les objets à stériliser. Or, l'air sous pression a une puissance calorifique et une force de pénétration très inférieures à celles de la vapeur d'eau. C'est, je le répète, la vapeur d'eau chaude et saturée qui doit agir. L'autoclave réalise un double effet : 1° il élève la *température* au-dessus de 100° soit par exemple 120, 125, 130° ; 2° il transmet régulièrement par la *pression* le calorique jusque dans la trame intime des tissus. La vapeur d'eau a la propriété physique de mouiller la membrane d'enveloppe des spores, cuticule si résistante que l'acide sulfurique ne la détruit point. Humide, cette écorce se laisse traverser par voie d'osmose. Et lorsqu'elle est ainsi traversée par la vapeur chaude, celle-ci coagule le protoplasma intrasporique. Tel est le mécanisme intime de la destruction des spores. D'après ces notions, il est évident que la puissance de pénétration s'accroît en proportion de la pression. « Il suffit donc, dit Repin (1) de chauffer de la vapeur d'eau à 110° ou 115° en vase *clos* pour lui conférer un pouvoir destructeur rapide et absolu, tandis que l'air et les vapeurs *non comprimés* doivent être portés à 150° et agir pendant des heures pour exercer une action germicide comparable (2) ».

En résumé, la stérilisation par la vapeur d'eau sous pression constitue une méthode idéale. Elle convient pour les compresses, pour les tampons, pour les fils, pour les drains de caoutchouc, c'est-à-dire pour des

(1) L. LONGUET. — Des hydrocèles génitales chez l'homme. Un volume sous presse édité par JOANIN.

(2) STRAUSS. — De la stérilisation et de la désinfection par la chaleur : *Archives de médecine expérimentale*, p. 312, 1890.

(1) REPIN. — Stérilisation du catgut : *Annales de l'Institut Pasteur*, 1894.

(2) *Nota*. — De tous les liquides, l'eau a la plus grande puissance calorifique : chaleur spécifique 1, chaleur latente 537. L'alcool vient ensuite : chaleur spécifique 0,615 ; chaleur latente 208. Après les vapeurs viennent aussi les gaz, le formol et l'acide sulfureux peut-être à cause de leur facile liquéfaction. En dernier lieu, l'air.

objets qui les uns temporairement, les autres de façon durable, prennent contact avec les tissus du blessé, avec les plaies de l'opéré. Mais certaines substances ne supportent pas l'action de la vapeur d'eau ; elles s'y altèrent profondément. Tels sont les instruments, les catguts, les laminaires, etc , ou bien encore si elles supportent la vapeur d'eau, elles ne s'y conservent point, s'y altèrent à la longue. Et l'assèchement complet est difficile à obtenir par la stérilisation hydrique. Je pense que pour ces mêmes objets, la stérilisation en milieu anhydre répond à un besoin (1). Or, les longues recherches que j'ai consacrées à ce sujet, rendent ce mode de stérilisation parfaitement applicable à la chirurgie. C'est cette méthode que je vais maintenant exposer.

§ III. VAPEUR ANHYDRE SOUS PRESSION

Mes études expérimentales, contrôlées par mes constatations opératoires, ont porté sur la valeur aseptisante de la vapeur anhydre, sur les conditions assurant cette asepsie, sur le choix d'une vapeur anhydre, sur l'application pratique de ces données à la chirurgie.

A. *Valeur aseptisante de la vapeur anhydre.* — Le fait capital à éclaircir est celui-ci : avec la vapeur anhydre, est-il possible de réaliser l'asepsie absolue ? Pour le savoir, j'ai expérimenté sur trois espèces microbiennes, sporulées toutes les trois, dont 2 aérobies et 1 anaérobie : le subilis, le bactérium anthracis (charbon), le bacille du tétanos. Comme agent calorifique, à température régulière, j'ai utilisé l'autoclave ordinaire, porté à 140° pendant 3/4 d'heure. Comme mode de pression, j'ai enfermé les liquides générateurs de la vapeur soit en tubes de verre scellés, soit plutôt en étuis métalliques. Enfin comme liquides vaporigènes, j'ai pris l'alcool absolu, le chloroforme, l'acétone, le xylol, l'essence de térébenthine, etc. Voici le détail des expériences.

a) *Expériences sur le subtilis* (aérobie). — Les voiles d'une culture récente de subtilis sont déposés en 4 petites ampoules de verre, qu'on place pendant 3 jours dans le vide sulfurique, jusqu'à deshydratation complète.

Chaque ampoule est ensuite déposée dans l'étage supérieur d'un tube à pomme de terre. Dans l'étage inférieur de ces mêmes tubes, on coule, au moyen d'une pipette, 3 grammes d'alcool absolu dans l'un, 3 grammes de chloroforme dans le second, 3 grammes d'acétone dans le troisième, 3 grammes de xylol, ou de térébenthine dans le 4me. Ces 4 tubes sont ensuite scellés ; mis à l'autoclave à 140° pendant 3/4 d'heure. Après refroidissement, ils sont ouverts ; l'alcool, l'acétone, le chloroforme, le xylol etc., est enlevé au moyen d'une pipette. Les ampoules sont intérieurement lavées à l'eau stérile froide afin de faire disparaître les traces d'alcool, d'acétone, de chloroforme, de xylol dont l'action antiseptique eût peut-être faussé les résultats en empêchant les cultures malgré la présence de microbes encore vivants. Enfin chaque ampoule est placée dans un bouillon stérile. Ces bouillons sont mis à l'étuve à 37°. *Résultat* : après 15 jours, *pas trace de culture*. Des tubes témoins faits dans les mêmes conditions et non autoclavés cultivent tous. L'expérience est renouvelée à trois reprises, même résultat dans les trois cas. En tout 16 tubes qui demeurent stériles : Mêmes résultats si l'on substitue des étuis métalliques aux tubes de verre scellés.

b) *Expériences sur le bacillus anthracis* (aérobie). — Cette série d'expériences est conduite exactement suivant le même plan que les précédentes. Pour m'assurer que le microbe est virulent, je le rajeunis préalablement par le passage sur cobaye ; l'animal inoculé meurt 2 jours après. Les cultures jeunes proviennent du sang du cœur ; l'examen lamellaire et les tubes témoins démontrent qu'il s'agit bien de charbon. En outre, je fais ici la preuve et par les cultures et par les inoculations : *Résultat* : Les 3 tubes témoins non autoclavés cultivent tous. Parmi les 16 tubes autoclavés, pas un ne cultive après un mois à l'étude.

c) *Expériences sur le bacille du tétanos* (anaérobie). Cette troisième série d'expériences est conduite suivant le même plan que la précédente. Les cultures anaérobies sont faites dans le vide obtenu au moyen d'une trompe, puis le vide fait, les tubes sont scellés. *Résultat* : les 3 tubes témoins non autoclavés cultivent tous. Les 16 tubes autoclavés restent stériles. Leur contenu inoculé au cobaye n'entraîne ni la mort, ni un état pathologique.

De ces expériences, je suis en droit de conclure que la stérilisation absolue peut être obtenue par la vapeur anhydre sous pression. Il est acquis que cette *méthode nouvelle de stérilisation est légitime, rationnelle*, au même titre que la stérilisation par la vapeur hydrique chaude en pression, sous certaines réserves que voici :

B. *Conditions assurant l'asepsie par la vapeur anhydre.* — Recherchant quelles conditions assurent le succès *constant* de la méthode, je suis arrivé à ceci :

Tandis qu'en milieu humide sous pression, la température de 125° durant 30 minutes confère une stérilisation certaine ; au contraire, en milieu anhydre, il me semble *préférable d'agir sous pression à 140°, pendant 45 minutes et, comme complément de garantie*, s'il s'agit de stériliser une substance originairement très septique, il est bon *de renouveler 3 fois consécutivement la séance avec un jour d'intervalle entre chaque séance.*

Pourquoi ce surcroît de précautions ? c'est qu'après avoir infecté du catgut avec du subtilis sporulé puis porté le tout pendant 30 minutes dans les vapeurs de toluène à 130°, Repin constata l'apparition de cultures par l'ensemencement terminal. Avec l'alcool absolu, même résultat : après 30 minutes de vaporisation sous pression à 120°, le subtilis cultiva ; sa végétation était très retardée, mais aussi très fréquente puisqu'on l'observa dans une proportion de 50 p. 100 des tubes. Reprenant à mon tour ces recherches à propos de catgut hypercontaminé, j'ai obtenu, malgré 130° sous pression, une fois avec la vapeur d'alcool absolu, une culture très retardée de subtilis ; une fois avec la vapeur de chloroforme, une culture retardée et peu virulente de charbon (culture apparaissant au 8me jour). Ces constatations sont fort intéressantes. Elles me font croire que l'action antiseptique de l'alcool et du chloroforme employés à froid n'existe pas. La prétendue propriété bactéricide de ces liquides me semble consister en une somnolence momentanée, une inhibition des spores ou des bactéries. J'estime que nombre de contaminations opératoires, qualifiées *infections secondaires* par les chirurgiens, sont en réalité *primitives*, dues à des fils insuffisamment stérilisés, dont les microbes cultivent tardivement. Qu'il soit donc bien admis que la température élevée associée à la pression peut en milieu anhydre et dans certaines conditions, ne porter qu'une insuffisante atteinte à la vie des microorganismes. Et l'explication de ce fait, je l'ai déjà esquissée : En milieu anhydre, surtout si l'on utilise un hydrocarbure comme source de vapeur, les cuticules sporiques sont difficilement traversées parce que sèches. L'osmose se fait mal ; d'où une coagulation plus lente, plus incertaine, moins complète du protoplasma intrasporique. Voilà pourquoi je dis : pour obtenir avec la vapeur

(1) *Nota* : Ces considérations ne sont pas valables pour les objets en gomme, comme les sondes, les explorateurs en gomme, qui ne supportent pas 100°.

anhydre le même effet rigoureusement stérilisant qu'avec la vapeur hydrique, il convient : 1° d'opérer à haute température (140°) : 2° de prolonger cette température au moins 45 minutes ; 3° de renouveler la manœuvre trois fois de suite avec un jour d'intervalle entre chaque séance, en cas de substance très septique

C. *Choix d'une vapeur anhydre.* — Nombreux sont les liquides anhydres vaporisants ; j'ai expérimenté les vapeurs d'alcool absolu, de chloroforme, d'acétone, de xylol, de toluène, d'essence de térébenthine, de paraformol, de pétrole, d'huile de cade, d'œillette, de lin, de vaseline. Avec la collaboration de M. Guerbet j'ai longuement étudié l'action du chloroforme, avec celle de M. Legrand l'action du paraformol. De mes recherches bactériologiques, il résulte que tous ces liquides vaporisants se valent comme agents de stérilisation : *L'alcool absolu* recommandé par Repin pour le catgut, a l'avantage d'être miscible à l'eau contenue dans les spores, mais il raccornit les tissus organiques ; il est difficilement conservé à l'état d'alcool absolu, enfin et surtout il est trop coûteux pour être manié en grand (1).

Le *chloroforme* que nous avons proposé à l'inconvénient d'être peu miscible à l'eau, encore qu'il soit très légèrement soluble dans ce liquide. Il se décompose facilement sous l'action de la chaleur, donne des dérivés chlorés toxiques. Par contre, il est très pénétrant, très diffusible, facilement maniable, moins coûteux que l'alcool absolu. Comme particularité relative à son emploi, je dois signaler la nécessité de l'enfermer en étuis métalliques plutôt qu'en tubes scellés, à cause des nombreuses fractures de verre déterminées par la tension de ses vapeurs.

L'*acétone* préconisé par M. Triollet pour le catgut, est miscible à l'eau, condition très propice pour l'osmose. Mais il est d'odeur désagréable. Et surtout il est inflammable, ce qui rend périlleuses les manipulations destinées à sceller les tubes. Aussi je lui préfère le *pétrole*, qui avec les mêmes défauts, a la supériorité d'un prix modique. J'ajoute qu'il « dérouille » parfaitement les instruments nickelés.

Le *paraformol* est peu coûteux. Mais il a l'inconvénient d'irriter fortement les muqueuses, autant que le *formol*.

L'essence de *térébenthine* est inflammable et d'odeur désagréable. Le *xylol* et surtout le *toluène* n'ont point ces défauts ; et tout comme les liquides précités, leurs vapeurs sous pression assurent la stérilité constante et absolue dans les conditions ci-dessus spécifiées. Quant à l'*éther*, il est si dangereux à manier que je l'ai laissé de côté.

D. *Modes d'application pratique des vapeurs anhydres pour la stérilisation chirurgicale.* — *a*) La seule technique préconisée jusqu'ici par Repin, puis par nous, consiste en une *stérilisation individuelle* des objets en petits tubes, hermétiquement clos ; tubes de verre scellés, étuis métalliques vissés ; autoclaves de très petite dimension. Ces récipients sont placés dans l'autoclave ordinaire (hydrique) grâce auquel on obtient, au moins à l'extérieur des tubes enfermés, la température et la pression recherchées. Cette manière de procéder prête à critique : Et d'abord elle ne permet point la stérilisation anhydre en grand. Certes elle est suffisante lorsqu'il s'agit de stériliser quelques bobines de catgut. Encore faut-il une ou plusieurs séances spéciales. Veut-on stériliser un grand nombre de ces bobines et des objets de grande dimension, des instruments par exemple, la technique devient inapplicabe.

J'ajoute qu'elle donne nombre de fractures du verre si l'on utilise un liquide vaporisant à haute tension comme le chloroforme. De là l'emploi de petits étuis métalliques, mais aussi la nécessité de mettre secondairement la bobine stérilisée en étui, dans un tube de verre, celui-ci facilement transportable. Il y a là une cause de contamination et mieux vaut, sans aucun doute, éviter ces changements de résidence.

Dans cette technique, une cause d'erreur peut troubler le résultat. Les conditions physiques ne sont point mathématiquement identiques dans chaque tube ou chaque étui. Si la quantité de liquide vaporigène nécessaire à la saturation, est par exemple 3 cmc. pour chaque tube, chacun de ceux-ci diffère légèrement de son voisin comme dimension, volume, capacité. N'est-il pas plus satisfaisant d'opérer pour tous les objets à stériliser dans une chambre unique, plutôt que de les répartir en une série de loges, de tubes distincts, ou la saturation peut faire défaut si la quantité de liquide n'est pas exactement calculée d'avance.

Enfin et surtout, le reproche que j'adresse à ce procédé de stérilisation individuelle, c'est de ne présenter pour nous aucun moyen de contrôler la température et la pression. Oui, l'autoclave périphérique marque bien 140° ; 2 atmosphères 1/2 ; mais remarquez bien que cette température, que cette pression sont celles du milieu hydrique enveloppant. Or ce qui m'importe avant tout au point de vue de la stérilisation, c'est de connaître et vérifier la température et la pression réelle centrale de l'*atmosphère anhydre*, c'est-à-dire celle où reposent les objets qu'on stérilise. Voilà ce qu'aucun manomètre, aucun thermomètre ne nous permettent de lire d'emblée dans ce dispositif. Et si nous voulons nous renseigner sur ce point d'importance capitale, il faut recourir au calcul. Est-ce là chose pratique et facile pour un chirurgien ?

b) Pour ces multiples raisons, la stérilisation en milieu anhydre, comme la stérilisation en milieu hydrique, doit être à mon sens *collective*, globale, si on veut l'appliquer en grand. C'est dans ce but que j'étudie actuellement un stérilisateur spécial, dérivé de l'autoclave habituel, permettant alternativement ou simultanément et suivant les besoins, la stérilisation dans les deux milieux, l'hydrique et l'anhydre ; donnant des renseignements sur la température et la pression du milieu anhydre ; enfin réalisant en grand la stérilisation collective des objets en milieu anhydre quelles que soient leur forme et leurs dimensions. Ce sera pour moi l'objet d'un autre mémoire.

Les **conclusions** personnelles de la présente leçon de chirurgie biologique, se résument à ceci :

I. La stérilisation par l'*air*, *les gaz*, *la vapeur chaude sans pression* (tyndallisation, ébullition, vapeur surchauffée, air sec et chaud), n'est que *relative*. Si elle suffit souvent au chirurgien, celui-ci ne doit pas ignorer qu'elle confère seulement une sécurité partielle, jamais absolue, jamais mathématique ni indiscutable.

II. La stérilisation par la *vapeur hydrique sous pression*, à l'aide de l'autoclave, constitue au contraire,

(1) *Nota* : L'alcool à 90° employé par Bardy et Picqué pour la stérilisation des objets de pansement ; l'alcool à 95° employé par G. R. Fowler et Hertoghe (d'Anvers) pour la stérilisation des instruments, réalisent un intermédiaire entre la stérilisation hydrique et la stérilisation anhydre ; c'est un acheminement vers la méthode anhydre pure : Voir Fowler (G. Ryerson), asepsie opératoire, technique : *Transactions of the american surgical Association*, Philadelphie, 1891, t. IX, p. 491. Bouilly (G.), *Société de chirurgie*, 1892, p. 550 et Desfosse : *Presse médicale*, 1901, t. I, p. 51.

une méthode *rigoureusement sûre*. C'est la suppression radicale de toute bactérie sporulée ou non. C'est la méthode de choix pour les objets qui supportent la vapeur d'eau sans s'altérer.

III. Pour ceux qui se détériorent en milieu hydrique, la stérilisation peut être obtenue avec autant de précision et de sécurité par la *vapeur anhydre* sous *pression*.

IV. De mes recherches de bactériologie chirurgicale, il résulte que, pour obtenir un succès constant avec la méthode anhydre, il convient d'opérer la stérilisation sous-pression à 140°, *pendant 15 minutes, et de renouveler trois fois la manœuvre* avec un jour d'intervalle entre chaque séance ; cette dernière manœuvre seulement s'il s'agit de substance très septique.

V. La stérilisation anhydre *individuelle* des objets offre de multiples inconvénients. Je lui préfère, grâce à un autoclave disposé à cet effet, la stérilisation *collective* et globale. Ces données une fois établies, la stérilisation anhydre sans intérêt pour la chirurgie Morgagnienne, peut trouver à côté de la stérilisation hydrique son application en grand dans la chirurgie biologique, vraiment Pastorienne.

CLINIQUE MÉDICALE

Névrite et atrophie optique au cours de l'érysipèle ;

Par le Dr **F. TERRIEN** (1).

J'ai eu l'occasion d'observer, l'année dernière, avec mon collègue et ami le Dr Lesné, une névrite optique au cours d'un érysipèle bénin de la face.

Ces faits sont encore assez rares à l'heure actuelle pour mériter de retenir l'attention, et je crois intéressant de rapporter à la Société l'observation que nous avons prise en détail.

Observation. — Mlle V..., 70 ans, est examinée le 24 mars 1902 pour un érysipèle de la face datant de deux jours et ayant debuté à l'orifice nasal du côté droit. On constate une plaque érysipélateuse légèrement surélevée s'étendant à toute la moitié droite du nez et de la joue. La gorge est rouge, la langue sèche. La température est à 38°, le pouls à 80°. — Le 25, tout le nez est envahi et aussi la zone gauche. Céphalalgie. Les urines contiennent un peu d'albumine. —Le 26, amélioration légère ; la plaque s'affaisse et est moins rouge. — Le 27, les deux paupières supérieures sont œdématiées et douloureuses : l'oreille droite est prise.

Le 30, plaques de sphacèle sur les paupières. Temp., 36°, pouls, 66. — Le 31, ulcérations des deux paupières ; il est impossible de les écarter et de voir les yeux.

Le 1er avril, paupières moins œdématiées ; les yeux sont immobiles. Vision nulle. Faiblesse générale. Température 36°4 ; pouls à 68.

Le *3 avril*, époque où nous examinons la malade au point de vue oculaire, les paupières sont fortement gonflées ; les supérieures surtout, et montrent deux larges ulcères occupant toute la largeur de celles-ci. Le fond de ces ulcères est rempli de pus, tandis que les bords montrent un tissu rouge, bourgeonnant, indice d'une cicatrisation commençante.

Si on soulève ces deux voiles membraneux, ce à quoi on ne réussit qu'avec peine, en raison de l'infiltration œdémateuse du tissu et de la douleur provoquée par cet examen, on constate une propulsion notable du globe oculaire, plus marquée du côté droit que du côté gauche.

L'œil droit est absolument immobile et ne peut effectuer aucun mouvement. Chémosis conjonctival notable, surtout marqué au niveau du cul-de-sac inférieur et sur la conjonctive bulbaire. Cornée transparente. Pupille moyennement dilatée ne réagissant nullement à la lumière. Très légère sécrétion conjonctivale.

(1) Communication faite à la *Société de médecine de Paris*.

A gauche, l'aspect de l'œil est sensiblement identique mais les mouvements du globe n'ont pas tout à fait disparu. La pression digitale exercée sur les paupières permet à peine de refouler le globe en arrière et ne détermine aucune douleur. Vision nulle des deux côtés. La malade ne perçoit même pas la lumière.

Examen ophtalmoscopique. — Milieux transparents. On constate des deux côtés l'aspect de la névrite optique : veines légèrement dilatées, artères un peu rétrécies; les bords de la papille sont quelque peu voilés et celle-ci est œdématiée. Cet examen fait à l'aide d'une forte lampe, ne réveille, chez la malade aucune sensation lumineuse, compresses chaudes, les purgatifs et les sangsues appliquées à la tempe de chaque côté, n'ayant amené aucun résultat, le lendemain, une incision est faite au niveau du rebord orbitaire inférieur droit. La peau est incisée jusqu'à l'os sur une largeur de deux centimètres et la sonde cannelée est introduite profondément le long du plancher de l'orbite dans l'entonnoir orbitaire. Alors seulement, s'écoulent quelques gouttes de pus très épais, mal lié, qui semble venir du fond de cet entonnoir. La plaie est drainée et pansement humide. Le pus ensemence montre de nombreux streptocoques.

Les jours suivants, le drainage est renouvelé et un peu de pus s'écoule par l'orifice. Peu à peu, les paupières s'affaissent, la suppuration se tarit et la réparation commence.

Le 13 avril, la mobilité reparaît du côté droit et l'œil gauche est moins immobile. Le drain est supprimé et les paupières, très affaissées, sont en voie de réparation.

La guérison de celles-ci suit son cours normal, la mobilité des globes reparaît peu à peu, la protrusion cesse et le 25 avril la cicatrisation était à peu près terminée. Il persiste seulement une raideur des voiles membraneux due aux adhérences profondes et aux brides fibreuses cutanées.

En même temps l'état général s'améliorait peu à peu. Le 30 avril, la malade fit un petit foyer de congestion pulmonaire à droite, accompagné de quelques crachats, d'abord rouillés, puis noirâtres, avec quelques râles sous-crépitants. Tout disparut rapidement et, le 18 mai, l'état général était excellent.

Un mois après le début de l'affection, la guérison des paupières pouvait être considérée comme complète. Mais la vision demeure nulle et l'ophtalmoscope montre une double atrophie optique. Les deux papilles sont pâles, décolorées ; les bords sont irréguliers et le calibre des vaisseaux est diminué. La malade ne perçoit même pas la lumière. Cet état s'est maintenu depuis, malgré les injections de strychnine et de pilocarpine dès le début.

La cécité est donc définitive. On constate à l'ophtalmoscope une atrophie papillaire complète, suite de névrite.

Le point intéressant à retenir dans cette observation est l'apparition au cours d'un érysipèle très bénin et dont le pronostic n'offrait aucune gravité, d'une cellulite orbitaire bilatérale, avec retentissement sur le nerf optique et perte complète de la vision.

Sans vouloir insister sur la pathogénie des lésions, encore mal élucidée à l'heure actuelle, nous croyons qu'il y a lieu d'insister au point de vue pratique sur la névrite, de surveiller très exactement l'état des yeux au cours de l'érysipèle, car si pareille complication apparaît, la cécité est ordinairement la règle.

Elle s'installe d'emblée dès les premiers jours et demeure définitive en dépit du traitement institué (dérivation sanguine, incision et drainage de l'orbite, injections de pilocarpine ou de strychnine, compresses chaudes, etc...).

Il importe donc d'être bien prévenu et d avoir présente à l'esprit cette complication heureusement très rare au cours de l'érysipèle. La participation du tissu cellulaire graisseux de l'orbite à l'inflammation devrait faire porter aussitôt un pronostic très réservé.

*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Réunions médico-administratives des hôpitaux.

Dans beaucoup de pays, le rôle des médecins est prépondérant dans l'organisation et l'administration des établissements hospitaliers. Le plus souvent, ce sont des médecins qui remplissent les fonctions de directeur avec, à côté d'eux, des commissions de contrôle et de surveillance. En France, cette situation n'existe que pour les asiles d'aliénés, sauf pour ceux de la Seine et quelques asiles de province. Dans tous d'ailleurs, les médecins en chef assistent aux réunions des commissions de surveillance et ont la faculté d'y prendre la parole, de donner leur avis sur tout ce qui concerne le fonctionnement de leur asile, les améliorations à réaliser, même les constructions ; ils ont le choix de leur personnel, ils doivent avoir connaissance chaque jour du régime alimentaire, etc.

Ce n'est pas que des réclamations ne se soient produites pour établir, dans l'état actuel, des rapports qui font défaut, entre les médecins et l'administration, et même pour donner à chaque hôpital une sorte d'autonomie.

« Faire gouverner chaque grand établissement par lui-même », a écrit Delasiauve (1). Créer pour chaque établissement hospitalier une commission formée du directeur, de l'économe, des médecins, de l'architecte, de l'aumônier (2), du juge de paix et du maire de l'arrondissement, plus d'une quinzaine de notables élus. Quelle garantie d'une gestion parfaite ? S'agit-il d'un point commun aux divers établissements ? Des délégations réunies les règlent, mobiles comme les cas, à portée d'en conférer sans cesse avec leurs collègues. Dépense nulle, besoins satisfaits opportunément ; justice, protection, stimulation pour tous : en un mot, idéal parfait ».

L'un des collaborateurs du *Progrès médical*, Talandier, a déposé vers 1875, au conseil municipal, un vœu demandant que chaque hôpital ait son budget spécial et qu'il fût soumis au Conseil.

Dans son *Rapport sur le projet* de budget de l'Assistance publique pour 1878 (1877, n° 87, p. 23), M. Bourneville insistait, dans les termes suivants, sur le rôle des directeurs des hôpitaux et sur les avantages des réunions médico-administratives mensuelles :

« Les prérogatives des directeurs des hôpitaux et des hospices, fonctionnaires qui sont sans cesse en contact, ou qui devraient l'être, avec les malades et les assistés de tout genre, avec le corps médical, avec tous les sous-employés, etc., les prérogatives de ces directeurs nous paraissent beaucoup trop circonscrites. Ils ne peuvent faire sans l'autorisation du chef-lieu, qui est toujours lente à venir, que des dépenses insignifiantes. Il en résulte que l'achat d'une foule d'objets, que les directeurs pourraient faire sans inconvénient, sur un bon des chefs de service de santé, subit des retards considérables, préjudiciables aux finances de l'Administration (partant aux nôtres), ainsi qu'aux malades (1), par suite des formalités à remplir, du séjour des bons dans les bureaux où ils doivent successivement passer. Ajoutons que, généralement, les employés du chef-lieu n'ont nullement qualité pour décider si la demande du médecin, du chirurgien ou du directeur, est utile ou non.

En conséquence, nous estimons qu'il convient de donner plus de latitude aux directeurs de nos établissements hospitaliers et nous vous proposons d'inviter l'Administration à modifier dans ce sens les règlements qui régissent la matière. Faisant cela, l'Administration donnerait plus de relief à ces fonctionnaires ; beaucoup d'affaires recevraient une exécution plus rapide ; enfin, on déchargerait d'autant le chef-lieu.

Relativement encore à nos établissements hospitaliers, nous croyons que l'*Administration aurait intérêt à provoquer chaque mois une réunion de tous les chefs de services*, du *pharmacien*, du *directeur*, de *l'économe*, de *l'architecte* ou du *piqueur*, etc..., afin d'avoir leurs conseils sur les améliorations à introduire dans l'hôpital auquel ils sont attachés.

Ces *réunions mensuelles* auraient aussi l'avantage d'obtenir, sur les projets qui doivent être soumis au conseil municipal, l'avis officieux de tous ceux qui possèdent une véritable compétence. Ces réunions, nous en sommes persuadé, produiraient d'excellents résultats. »

Ainsi que nous l'avons dit déjà (*Progr. méd.*, 1903, p. 190), M. Mesureur a fait siennes ces idées :

Chaque établissement, dit-il, doit former une unité avec son esprit propre et sa personnalité distincte. J'ai fait un premier pas vers la constitution de cette autonomie relative, quand je vous ai prié de réunir tous les chefs de service (médecins, pharmaciens, etc.), afin de provoquer leurs observations, et de délibérer, chaque mois, avec eux, sur les intérêts de votre hôpital. En les associant ainsi à l'œuvre administrative de l'Assistance publique, nous leur en montrons les difficultés, nous atténuons parfois leurs exigences, et nous bénéficions de leur expérience, car ils savent mieux que nous ce qu'il convient de faire pour les malades.

Ces réunions fonctionnent à peu près déjà dans les hôpitaux. Le membre du conseil de surveillance et l'inspecteur qui sont chargés de l'hôpital y assistent ainsi que le pharmacien. Il est vivement à désirer que le personnel médico-chirurgical y vienne aussi régulièrement que possible.

Il pourra faire valoir toutes les améliorations qu'exigent le bien-être et le soin des malades, appuyer à l'occasion les réclamations de leurs infirmiers et de leurs infirmières. Ces réunions amèneront les médecins à voir, en plus de l'intérêt de leur service, l'intérêt de la maison, et peut-être à visiter tous les services, les salles de malades aussi bien que les services généraux, comme cela se pratique dans les asiles d'aliénés et surtout dans ceux de la Seine. Il en résultera sans doute plus d'harmonie entre le corps médical et l'Administration, au grand avantage des malades et des finances. Souhaitons enfin que l'essai tenté à Paris se généralise aux hôpitaux de province. Dr FREEMAN.

(1) DELASIAUVE. — *De la clinique à domicile et de l'enseignement qui s'y rattache dans ses rapports avec l'assistance publique*, p. 3 et 5.

(2) A cette époque il y avait encore des aumôniers dans les hôpitaux.

(1) Ces retards si faciles à éviter ont pour conséquence souvent de maintenir dans les salles des malades qui pourraient être renvoyés chez eux.

Dangers du décubitus abdominal.

Sous ce titre : *Un enfant étouffé*, le *Semeur de l'Oise* du 31 juillet 1904 rapporte le fait suivant :

Samedi soir, vers 6 heures, Mme Plat, cultivatrice au hameau de Plémont, avait mis sa petite fille, Cécile, âgée de 6 mois, dans sa voiture. La mère alla laver dans sa cour pendant que le père travaillait dans les champs. Vers 6 heures 1/2, Mme Plat alla voir si son enfant dormait toujours. Elle trouva la petite fille couchée sur le ventre, la figure enfouie dans son oreiller en paille d'avoine. Elle voulut remettre l'enfant sur le dos et s'aperçut alors qu'elle ne respirait plus. Mme Plat appela son mari qui accourut et, avec l'aide des voisines, frictionna l'enfant avec du vinaigre et de l'eau-de-vie. On s'aperçut bientôt que tous les soins étaient inutiles, la petite était morte axphyxiée.

On doit donc recommander aux mères de famille et aux infirmières de veiller avec le plus grand soin à ne pas laisser les enfants coucher sur le ventre. Le danger est rendu plus grand si la face repose sur un oreiller ou un traversin en plumes qui devraient toujours être remplacés par des oreillers ou des traversins en crin, ou laine et crin, au point de vue de l'hygiène. Le coucher abdominal a encore d'autres inconvénients, c'est de provoquer les enfants à se livrer à l'onanisme. Enfin il est très dangereux pour les *épileptiques*, aussi bien les adultes que les enfants. Si le malade est pris d'un accès, étant couché sur le ventre, la face est collée contre l'oreiller et la mort se produit par asphyxie. En voici un nouvel exemple.

Sous ce titre : *Mort subite*, le *Bonhomme normand* du 26 août raconte qu'en fauchant de l'avoine, à Ouilly-le Basset, canton de Falaise, le sieur Félix Leblanc, 50 ans, journalier à Mesnil-Villement, a été frappé d'une congestion (ou plutôt d'un accès). On l'a trouvé mort, la *face contre terre*. Ce malheureux était *épileptique* et s'adonnait fréquemment à la boisson. La terre, fraîchement remuée, est aussi dangereuse que l'oreiller de plumes. Aussi doit-on surveiller avec vigilance les épileptiques qui travaillent dans les jardins ou les champs.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

Rédacteur spécial : Dr P. KERAVAL.

I. — L'hypnotisme et la suggestion ; par Grasset. (Paris, in-18 jésus 1903. O. Doin, éditeur.)

L'automatisme le plus élevé n'a pas son centre dans les groupes de neurones mésocéphaliques et basilaires. Il y a un automatisme supérieur psychique qui, comme le psychisme entier, a son centre dans l'écorce. Ces deux psychismes peuvent être dissociés et cette dissociation plus ou moins complète sert admirablement à l'étude de l'activité propre du psychisme inférieur ou automatisme supérieur (activité polygonale). Or, l'hypnotisme appartient à ce groupe des états de dissociation suspolygonale qui est éclairé par la psychologie ainsi comprise et l'éclaire aussi. Pour l'auteur l'hypnose est uniquement caractérisée par l'état de suggestibilité.

Qu'est l'automatisme supérieur ou psychisme inférieur ? Il existe un centre O, centre psychique supérieur du moi personnel, conscient, libre et responsable, qui paraît répondre à la zone d'association antérieure (prérolandique) de Flechsig. Au-dessous, siège le *polygone* des centres automatiques supérieurs, sensoriels, moteurs, de transmission ; tous situés dans la substance grise des circonvolutions cérébrales, reliés entre eux par les fibres transcorticales intrapolygonales, reliés à la périphérie par des voies sous-polygonales centripètes et centrifuges, reliés au centre supérieur O par des fibres sus-polygonales centripètes et centrifuges.

Ce polygone serait formé par les deux autres zones d'association de Flechsig, la moyenne (centre du langage) et la postérieure (centres sensoriels), et par les centres de projection qui comprennent 4 sphères sensitivo-motrices (tactile, visuelle, auditive, olfactive).

Aux centres polygonaux appartient la perception au premier degré ou perception simple, l'identification primaire. Au centre O appartient la perception au second degré ou perception compliquée. L'éducation du polygone est faite par O. L'activité polygonale est consécutive à l'activité de O, ou plutôt, l'activité simultanée des deux ordres de centres, est consécutive à l'activité isolée de O. Mais O reste le centre supérieur de l'activité intellectuelle élevée, de l'invention, de l'imagination créatrice. Dans le sommeil, l'hypnose ou la transe, le polygone peut montrer intelligence, mémoire, imagination, mais à un bien moindre degré, à un degré bien inférieur. Le polygone est le centre de l'automatisme psychologique ou psychisme inférieur.

L'*hypnose* a pour caractéristique unique l'état de suggestibilité. La suggestion est un phénomène morbide ou au moins extra-physiologique. Et l'*état de suggestibilité* est caractérisé par la désagrégation sus-polygonale, l'activité ou même l'hyperactivité polygonale. La sujétion complète du polygone au centre O de l'hypnotiseur (état de malléabilité du polygone), c'est un polygone émancipé de son propre centre O et obéissant à un centre O étranger. Il faut rapprocher, mais distinguer l'hypnose ou état de suggestibilité, des états suivants : distraction, sommeil naturel, cumberlandisme, tables tournantes, spiritisme, hystérie, somnambulisme et catalepsie spontanés, automatisme ambulatoire.

Seuls sont hypnotisables les sujets à désagrégation suspolygonale facile ; ils appartiennent à la famille névropathique et ne se reconnaissent qu'à l'essai. Nous laissons au lecteur le soin de suivre le prof. Grasset dans les moyens propres à provoquer cette suggestibilité pour laquelle le consentement des sujets n'est pas nécessaire, mais que leur résistance empêche ; dans les degrés et les variétés de l'hypnose ; dans l'étude analytique des suggestions ; dans les symptômes de l'hypnose autres que les suggestions, etc. Il conclut que la suggestion n'est qu'une partie de la psychothérapie (c'est-à-dire de l'ensemble des traitements qui s'adressent au psychisme), qu'elle ne porte que sur le psychisme inférieur, que l'hypnotisme thérapeutique a gagné ses éperons, que la suggestion criminelle est possible, qu'il faut qu'à toute expérience collabore le médecin, que l'hypnotisme est un excellent moyen d'investigation psychologique, une très bonne méthode pour étudier le polygone, mais une méthode psychophysiologique ne se confondant pas avec l'ancienne méthode psychologique. Enfin, il ne faut, selon lui, rien demander à l'hypnotisme, qui est de la biologie, pour ou contre les diverses doctrines métaphysiques. Il faut encore dégager l'hypnotisme et la suggestion des terres inconnues telles que suggestion mentale ; clairvoyance ; télépathie ; déplacement des objets à distance, sans contacts et lévitation ; magnétisme et force biomagnétique ; occultisme ; non encore démontrées. On le distinguera également de l'enseignement ; de la persuasion ; de la distraction ; du sommeil naturel ; des maladies mentales dans lesquelles le fonctionnement de O est seul altéré ; des maladies psychiques non mentales où O n'est pas altéré, telles que l'hystérie ; du somnambulisme spontané et de l'automatisme ambulatoire ; du spiritisme scientifique.

II. — L'Image mentale (évolution et dissolution) ; par J. Philippe. (Paris in-18, 1903, F. Alcan, éditeur.)

Petit livre plein d'images et aussi d'idées à propos des images. L'analyse de la simple *image représentative*, cette cellule psychique, comme le dit l'auteur, aussi complexe que les cellules physiologiques, conduit M. Philippe à énoncer qu'aucune image n'a été façonnée de toutes pièces au moment où naquirent en nous les contours de son objet. Chaque perception ou représentation est à la fois l'aboutissant et le produit de toutes nos représentations analogues. L'image est donc une habitation constamment remaniée. Un continuel travail de mise au point pour les besoins

de nos opérations mentales nous permet de réduire sans cesse le nombre de nos images, lequel tend toujours à augmenter. Le mode de ces réductions nécessaires est exposé dans le chapitre II, sous le titre de : « fusion des images mentales ». Il est nécessaire que nos images, qui augmentent constamment, soient sans cesse diminuées par effacement, fusion, synthèse. Comme elles résultent d'apports successifs et subissent tantôt des additions, tantôt des retranchements, elles se doivent modifier dans un certain sens à l'exclusion des autres, de là des remaniements dans la composition de l'image. Chacune exprime donc et synthétise les tendances et la direction de la personalité mentale dont l'image n'est qu'un épisode et un cas particulier, reflet de la mentalité tout entière. C'est là l'évolution de l'image mentale. (Ch. 3).

« En un mot, l'image, comme un vivant, naît et s'adapte au milieu, se transforme et meurt ; elle réflète la vie générale de l'esprit, mais elle a l'avantage d'être le plus conscient des phénomènes qui l'expriment, et celui, par conséquent, où il nous est le moins difficile de la prendre sur le fait. La vie de nos images mentales nous est constamment apparue en étudiant leur nature, leur nombre, et leurs transformations. Ces images, loin d'être des souvenirs figés, ne sont ni mortes, ni immuables. Très vivantes, elles évoluent sans cesse, comme tout ce qui vit, n'ayant rien de cette immobilité catégorique qui est la première négation de la vie et peut-être aussi de notre pensée. »

Tel est le linéament de ce volume que nous empruntons à M. Philippe, non sans en avoir vérifié la teneur. Pour en suivre pas à pas la trame et la chaîne, il n'y a qu'á lire le texte d'une clarté extrême, encore rehaussée par des gravures qui décideront sans nul doute les hésitants.

III. — Psychopathologie légale générale ; par P. Kowalewsky. (Paris in-8°, 1903. Vigot frères, édit.)

La psychopathologie judiciaire, c'est, dit l'auteur, l'étude de l'état mental et de ses diverses déviations, ces dernières ayant pour conséquence de troubler les conditions de l'existence sociale. M. Kowalewsky annonce : 1° un court aperçu de la vie mentale de l'homme normal ; 2° l'examen des déviations pathologiques générales de l'activité humaine qui prennent contact avec la justice (psychopathologie judiciaire générale) ; 3° l'étude des déviations pathologiques mentales particulières qui intéressent la justice (psychiatrie judiciaire spéciale).

On trouve dans ce volume des *données anatomiques et des éléments de psychophysiologie*. Puis, dans la section de *psychopathologie générale* sont examinées de nombreuses espèces médico-légales sous les rubriques : troubles des organes sensoriels, troubles intellectuels ; troubles émotifs et affectifs (voir surtout ici la jalousie) : phénomènes impulsifs (particuliérement intéressants sont en ce chapitre, l'automatisme, l'état hypnotique, le somnambulisme, l'assoupissement, les songes le réveil). L'auteur insiste sur les altérations trophiques et nutritives des tissus, ainsi que sur les modifications sécrétoires que peuvent présenter les aliénés, en tant qu'indices médico-légaux. Enfin une importante partie est consacrée aux *causes des maladies mentales*. Nous appelons surtout l'attention sur les névroses et psychoses traumatiques, l'état puerpéral, la gestation, la parturition, les couches, l'avortement, la lactation. La question du *divorce des aliénés* est mise en pleine lumière : « Étant données la situation actuelle de nos connaissances dans le domaine du traitement et de la guérison des maladies mentales, ainsi que l'assistance et la surveillance actuelles des aliénés de l'Empire (*russe*), *il n'est pas de garantie suffisante à l'application juste d'une loi sur le divorce en cas d'incurabilité mentale de l'un des conjoints*. » On trouvera encore traitées les questions de simulation, et de lucidité dans ses rapports avec l'évolution des psychoses au point de vue médico-légal.

IV. — A. Geschlecht und Entartung. — B. Geschlecht und Kopfgrœsse. — C. Geschlecht und Krankheit ; par P. J. Moebius (3 brochures in-8°. Halle 1903. C. Marhold, édit.)

A. Tous les *troubles de sexualité* sont des signes de *dégénérescence* ; tout dérangement de la sexualité est un des signes les plus importants de dégénérescence. Et, par troubles de la sexualité, il faut entendre les déviations de nature, les altérations intimes de l'impression sexuelle, non accidentelles, mais congénitales. Ce sont ; l'hermaphrodisme, l'hypospadias, la cryptorchidie, la gynékomastie, l'effémination, la perversion et l'inversion du sens génital. Les causes de cette dégénérescence sont la transmission des déviations semblables et l'alcoolisme des générateurs. Le remède est à côté du mal.

B. Il existe, d'après Mœbius, une *différence fondamentale de grosseur entre la tête de l'homme et celle de la femme*, indépendamment de la taille et de la masse du corps. Il en résulte des différences mentales. Il est évident d'après lui qu'un homme, si petit soit-il, a besoin d'une tête qui mesure au minimum 53 centim. de circonférence tandis qu'une femme se contente très bien de 51 centimètres. La femme, pour satisfaire aux exigences de la vie féminine, se contente donc d'un cerveau logé dans une tête de 51 centim. Ce cerveau ne suffit pas à la vie masculine. Le cerveau de l'homme recèle par suite d'autres forces et la construction en est tout autre.

C. Les hommes sont plus fréquemment malades et meurent plus fréquemment des *suites de leur conduite* que les femmes. La mortalité est plus grande chez l'homme que chez la femme. Cela tient surtout aux excès alcooliques et aux maladies vénériennes. Il n'y a pas de raison de croire à une longévité propre au sexe féminin ou à sa résistance à l'égard des maladies.

V. — A. Leib und Seele. — B. Der Entwickelungsgedanke in der gegenwærtigen Philosophie ; par C. Stumpf. (Leipzig, in-16, 1903. J. A. Barth, édit.)

A. Il s'agit du discours d'ouverture prononcé au Congrès international de psychologie de Munich, le 4 août 1896. « Les recherches sur le *corps et l'âme* ont, termine l'auteur, depuis les temps de Descartes et Spinoza, extraordinairement gagné en précision. L'analyse philosophique de la notion de substance et de causalité ; la découverte de la loi de l'énergie, la naissance de la psychophysique, l'infiltration victorieuse de la théorie du développement, les progrès de l'anatomie et de la physiologie des organes centraux et, en particulier, les recherches sur la localisation des activités psychiques, tout a contribué á décomposer la question posée en bloc en une infinité d'autres plus nettement comprises. Nous avons maintenant pour devoir de nous garder d'un dogmatisme immobilisateur et de ne pas tomber dans le travers du vulgaire qui parle avec aisance et assurance des choses les plus graves. Les définitions mêmes sont susceptibles d'un développement, d'une adaptation progressive á la connaissance exacte des faits. »

B. L'*idée d'évolution* est le discours d'ouverture de l'académie Wilhelm à l'usage de la culture des médecins militaires, le 2 décembre 1899, à Berlin. « La théorie de l'évolution a retenti sur toutes les connaissances humaines ». Exemples à l'appui.

VI. — La paralysie générale peut-elle être distinguée anatomiquement de la syphilis cérébrale diffuse ? par Ema de Pavlekovicz-Kapolna. (Lausanne, in-8, 1903. A. Borgeaud, imprimeur).

De l'étude minutieuse des altérations observées dans les deux affections (lésions vasculaires de l'écorce, lésions des cellules nerveuses), l'auteur conclut qu'il n'est pas possible au microscope de distinguer la syphilis cérébrale diffuse de la paralysie générale. La lésion la plus constante de la paralysie générale est l'infiltration cellulaire de la gaine lymphatique des petits vaisseaux de l'écorce cérébrale. Cette lésion ne se rencontre en aucune autre psychose non syphilitique.

VII. — Contributo allo studio delle fibre arciformi esterne anteriori della medulla oblongata dell'uomo ; par M. Pitzorno. (Extrait des Studi Sassaresi). (Sassari. in-8, 1902.)

Ce travail provient du laboratoire de l'Institut anatomique de l'Université de Sassari. Nous en résumons les conclusions.

1° Le fœtus et le nouveau-né ne révèlent aucune trace des *fibres arciformes antéro-externes du bulbe* humain parce que toutes les fibres de ce systéme ne sont pas encore complétement myélinisées. Leur aspect microscopique est variable

chez l'adulte, mais elles ne manquent jamais. A leur variété d'aspect peut correspondre une variété d'allure. — 2° Ces fibres contiennent plusieurs trousseaux que l'on peut diviser en : fibres arciformes de l'extrémité éloignée de l'axe, fibres arciformes de la partie moyenne, fibres arciformes de l'extrémité la plus rapprochée de l'axe. — 3° A la formation des *fibres arciformes antéro-externes de l'extrémité éloignée de l'axe* prennent surtout part deux systèmes ; celui qui provient des noyaux du cordon postérieur du côté opposé ; celui qui émane du corps restiforme du même côté. — 4° La formation des *fibres arciformes antéro-externes de la partie moyenne du bulbe* est principalement assurée par deux systèmes : celui des noyaux du cordon postérieur contro-latéral ; celui du corps restiforme du côté opposé. Ce dernier se compose de fibres prœ-intra-post-trigéminales. Les deux dernières portions atteignent les pyramides du côté opposé en croisant le raphé ; quant aux fibres prœtrigéminales, elles sont susceptibles, pour gagner la pyramide du côté opposé, de passer par le fond du sillon médian antérieur et de prendre alors un développement tel qu'elles forment à ce sillon une espèce de pont, qu'elles le comblent. — 5° Les *fibres arciformes antéro-externes de l'extrémité la plus rapprochée* de l'axe sont des fibres qui mettent en communication le noyau externe de l'acoustique d'un côté avec l'hémisphère cérébelleux du côté opposé ; elles partent du noyau de l'auditif, traversent le plan du 4e ventricule, s'entre-croisent avec celles du côté opposé, parcourent le raphé dans le sens antéro-postérieur et entourent la pyramide du côté opposé en arrivant aussi au corps restiforme de l'autre côté.

VIII. — Du délire dans la gangrène sénile; par Paul Fabre. (Paris, in-8°, 1901. G. Steinheil, éditeur.)

Deux observations de gangrène sénile accompagnée de délire, mélancolique en un cas, aigu avec agitation hallucinations de la vue et de l'ouïe dans l'autre. En aucun des cas le délire n'a persisté : il a duré 3 semaines et il s'est produit du calme sinon de l'amélioration. Aucun des malades n'était alcoolique. La pathogénie de ce genre de délire doit être différente. Il peut provenir soit de troubles de nature septicémique (résorption des produits de sphacèle), soit de l'épuisement nerveux causé par excès de douleur.

IX. — De la catalepsie chez les mystiques; par L. Gaubert. (Paris, in-8°, 1903, H. Jouve, imprimeur.)

L'étude de quelques mystiques célèbres permet à M. Gaubert de penser qu'en dehors de l'hystérie, les phénomènes extatiques et cataleptiques qu'ils ont présentés peuvent être considérés comme des manifestations passagères et permanentes de l'insuffisance corticale (théorie de Brissaud).

X. — Mirror-writing and the inverted image; par A.B. Hale et Sidney Kuh. (Extrait du *Journal of the medical Association*, 1901.)

Pour les auteurs américains, l'écriture en miroir n'est ni un phénomène pathologique, ni le symptôme exclusif d'une défectuosité mentale. On la rencontre chez les plus jeunes enfants : il est vrai qu'elle disparaît plus vite chez l'individu d'une intelligence normale que chez le faible d'esprit, si bien qu'en définitive on la trouve, sauf quelques exceptions, chez les sujets à état mental défectueux ou dans le cas de lésion organique du cerveau. Le fond commun des états variés dans lesquels se montre de l'écriture en miroir indique l'existence d'un arrêt de développement ou d'un trouble pathologique des fonctions d'association, arrêt de développement chez les tout jeunes enfants ou chez les sujets à état mental défectueux ; trouble morbide à la suite de l'hémiplégie ou dans certaines psychopathies acquises, telles que la catatonie, où l'association des idées est anéantie. L'image renversée de la rétine joue dans le mécanisme un rôle important. Le monde exterieur forme sur la rétine une image renversée que nous apprenons par une expérience laborieuse à interpréter. C'est grâce à cette école que nous écrivons droit. L'enfant et le faible d'esprit, privés de cette expérience, ou incapables de l'acquérir, reproduisent l'image visuelle orientée incorrectement dans l'espace, et tracent l'écriture en miroir ou l'écriture totalement renversée. L'adulte, soudain sevré de son expérience, est réduit aux conditions visuelles primitives et il écrit comme écrit l'enfant.

BIBLIOGRAPHIE

A propos de la castration et de la prothèse testiculaire; par Lucien Picqué.

L'auteur rappelle les idées qu'il a émises dans la thèse de son interne, Colombani, sur les perturbations morales qui sont la conséquence de la castration.

Chirurgie conservatrice et prothèse testiculaire ont été invoquées à des époques différentes pour supprimer les conséquences psychiques de cette opération.

S'appliquant surtout à la question de la prothèse, M. Picqué étudie longuement les indications basées sur les réactions psychiques du malade. Il y a là un probléme du plus haut intérêt et qui se pose à l'attention du chirurgien, s'il ne veut pas obtenir un résultat contraire à celui qu'il recherche. L'auteur cite des cas fort intéressants où l'application d'un testicule artificiel a déterminé chez le malade un délire spécial qui n'a cessé qu'après l'ablation du testicule artificiel, M. Picqué a publié son travail *in extenso* dans le IVe volume de son *Recueil des Travaux.*

La leucocytose en clinique; par E. Wiell et Clerc. (Paris, Joanin, in-12. Prix cart. 3 fr. 50.)

MM. P. Emile Weill et Clerc viennent de faire paraître sous ce titre un livre d'une grande clarté, au courant des dernières acquisitions de la science. La compétence toute particulière des auteurs, déjà connus par leurs nombreux travaux originaux sur la matière les avait tout désignés pour une semblable étude dont la réelle valeur est attestée par la préface élogieuse de notre maître M. Vaquez, qui présente ce livre en toute confiance, sûr de l'accueil qu'il recevra et dont les auteurs sont dignes pour ce qu'ils ont déjà fait et pour ce que l'on attend d'eux». Les auteurs rappellent dans la première partie du livre la technique de la numération quantitative et qualitative des leucocytes. Ces notions pratiques sont exposées avec une très grande simplicité et enseignent à tout étudiant ou praticien, non familiarisé avec le laboratoire, la façon de faire un examen du sang.

Il y a hyperleucocytose dès que le nombre total des globules blancs dépasse le chiffre de 10,000 par millimètre cube. Si le taux leucocytaire est inférieur à 4.000, il y a au contraire leucopémie.

La *leucopémie* est rare en tant que symptôme isolé. L'hypoleucocytose de la fièvre typhoïde est très particulière et toute augmentation du nombre des leucocytes indique très nettement une complication inflammatoire surajoutée (suppuration, pneumonie, péritonite.)

L'*hyperleucocytose* peut être physiologique (digestion, fatigue, menstruation, les hémorrhagies, la grossesse, certains médicaments, la narcose par l'éther ou le chloroforme, certaines interventions chirurgicales).

Elle est en général l'indice d'un état pathologique. Elle se rencontre dans la plupart des infections (pneumonie, érysipèle, rhumatisme artic., etc.) Elle est surtout importante dans les suppurations pelviennes, appendiculaires et péritonéales où elle complète les renseignements fournis par l'exploration. Il est nécessaire, aprés avoir fait la numération des globules blancs, de déterminer l'état de l'équilibre leucocytaire. D'aprés Leredde et Bezançon les neutrophiles sont au nombre de 65 p. 100, les éosinophiles de 1 à 2, on compte 34 mononucléaires.

A l'état pathologique, les modifications leucocytaires portent souvent sur plusieurs variétés, mais il y en a toujours une qui attire l'attention soit par sa prédominance, soit par sa présence anormale. C'est ainsi que l'on distingue la polynucléose, l'éosinophilie, la mastzellen-leucocytose, la mononucléose, la myélocytose.

C'est la *polynucléose* qui est la variété de leucocytose la plus fréquente. Elle existe lorsqu'il y a plus de 70 % de polynucléaires neutrophiles dans le sang de l'adulte. On la rencontre dans la plupart des maladies infectieuses où elle traduit la défense de l'organisme : pneumonie, érysipèle, angines, rhumatisme articulaire aigu, grippe, scarlatine. Elle se rencontre aussi dans les suppurations localisées ou généralisées, les intoxications, le cancer.

Il y a *éosinophilie* lorsque le pourcentage des éosinophiles dépasse 3 % chez l'adulte et 6 % chez l'enfant. Leur nombre absolu peut être très augmenté en l'absence de toute leucocytose ou au contraire coexister avec une surproduction leucocytaire où leur rapport avec les autres variétés reste normale.

Les éosinophiles disparaissent dans le cours des pyrexies aiguës pour reparaître à la fin de la maladie en augmentant de nombre, constituant ainsi une véritable crise éosinophilique.

C'est surtout au cours des affections cutanées, des intoxications et dans le parasitisme que se rencontre l'éosinophilie. Dans ce dernier cas, comme l'ont montré MM. Lannois et P. Emile Weil, si l'absence de l'éosinophilie ne peut faire rejeter l'existence du parasitisme, sa présence possède une valeur diagnostique.

Elle se rencontre enfin dans l'asthme, les affections ganglionnaires et des organes hématopoétiques. Dans la leucémie myélogène, on note l'existence de cellules éosinophiles polynucléées et mononucléées.

La *mononucléose* se rencontre lorsque le chiffre de 30 à 35 chez l'adulte et de 60 chez l'enfant se trouve dépassé. Elle n'est pas rare dans la convalescence des maladies infectieuses et dans l'anémie pernicieuse progressive. Elle se rencontre aussi dans le paludisme, la coqueluche, les oreillons, la fièvre typhoïde, la syphilis. La tuberculose et le cancer ont donné lieu à des examens contradictoires.

Une des mononucléoses les plus intéressantes est celle de la leucémie. Celle-ci se divise en deux grandes variétés : l'une *lymphatique* dont la caractéristique est une mononucléose sanguine s'accompagnant d'hypergenèse des formes lymphatiques dans les centres hématopoétiques ; l'autre *myélogène*, caractérisée par la présence dans le sang de nombreux éléments médullaires (myélocytes, hématies nucléées).

La leucémie lymphatique détermine une mononucléose : ce sont des mononucléaires non granuleux. Dans la leucémie aiguë le mononucléaire est pour certains auteurs une énorme cellule de 18 à 20 p. ; c'est une sorte de globulin géant. On rencontre aussi des globules rouges nucléés comme dans la leucémie myélogène. La formule de l'infection peut se surajouter à celle de la leucémie (P. Emile Weil).

Sous l'influence de certaines irritations, les cellules-mères des leucocytes normaux du sang, cantonnées chez l'adulte dans la moelle des os, peuvent passer dans le torrent circulatoire : c'est la *myélocytose*. On peut constater dans la leucémie myélogène une diminution du nombre relatif des polynucléaires, une augmentation du nombre des mononucléaires, une augmentation du nombre absolu des éosinophiles, une augmentation extrême du nombre des basophiles. Il y a en outre des myélocytes neutrophiles, éosinophiles et basophiles et de nombreuses formes de transition entre les éléments granuleux mono et polynucléaires.

Les globules rouges nucléés — souvent en caryocinèse — sont très nombreux dans le sang.

La *splénomégalie avec anémie et myélémie* qui a été récemment étudiée par les auteurs d'une façon remarquable, est caractérisée par la présence de nombreux globules rouges nucléés et par des neutrophiles. Une myélémie atténuée et souvent passagère peut se rencontrer au cours de l'anémie pernicieuse, rarement dans l'anémie symptomatique. La myélocytose a aussi été signalée dans les tumeurs malignes, dans certaines infections ainsi que dans la variole — surtout dans ses formes hémorrhagiques. Les belles expériences de MM. Roger et Emile Weil sur le lapin ont montré que l'inoculation de produits et de cultures varioliques produisait une septicémie caractérisée par une mononucléose intense avec apparition de formes médullaires et de normoblastes.

La réaction myéloïde est plus marquée dans la variole du singe. Dans la varicelle, on constate d'abord de la polynucléose, puis de la mononucléose. Les formes leucocytaires sont inconstantes. Une réaction myéloïde se montre dans les purpuras et les infections hémorrhagiques.

La *Mastzellen-leucocytose* est assez rare. La mastzellen ne se rencontre qu'une fois sur 2 à 400 leucocytes. Le nombre total en est augmenté dans la leucémie myélogène, dans les affections cutanées, dans certaines infections et dans diverses maladies (chlorose, asthme, maladie de Basedow, goutte, hystérie, rhumatisme articulaire non fébrile.)

Les auteurs examinent dans les derniers chapitres de leur livre la valeur de la leucocytose au point de vue du diagnostic et du pronostic. Puis ils étudient l'anatomie générale du leucocyte, sa physiologie générale et la signification de la leucocytose. La thérapeutique leucocytaire — la leucothérapie — bien que rationnelle en théorie, ne fait pas encore partie du domaine de la pratique.

En somme, la recherche du nombre et de la nature des leucocytes est un procédé de laboratoire des plus précieux, permettant sinon de porter un diagnostic, tout au moins de le confirmer ou de le modifier.

Il faut remercier MM. P. Emile Weil et Clerc d'avoir quitté leurs laboratoires et leurs travaux pour présenter au public médical un livre réellement pratique où ils ont condensé le résultat de leurs propres recherches et ceux obtenus par tous les auteurs qui se sont occupés de la leucocytose. Ce livre rendra les plus grands services à tous les médecins qui veulent se tenir au courant de la science et qui pensent qu'en clinique aucun moyen de diagnostic ne doit être négligé !

Lucien Graux.

L'indoxyle urinaire et les couleurs qui en dérivent ; par le Dr L.-C. Maillard, chef des travaux du laboratoire de chimie biologique à la Faculté de médecine de Paris. Librairie C. Reinwald, 15, rue des Saints-Pères, Paris.

Voici un excellent travail qui jette une lumière nouvelle sur tout un groupe de matières colorantes se trouvant dans les urines. Ces matières sont nombreuses et existent soit sous leur forme parfaite et constitution définitive, soit sous une forme transitoire à l'état de *chromogènes*. M. Maillard ne s'occupe aujourd'hui que des matières colorantes du groupe *indoxylique*, recherche leur origine, et le mécanisme de leur formation ; il étudie ensuite les couleurs *indigotiques*. Il nous entretient de l'extraction, de la séparation et de l'identification des couleurs indoxyliques, indique un procédé qui permet de séparer l'*indigotine* de l'*indirubine* et de purifier complètement ces deux corps.

L'auteur fait ensuite connaître les procédés de recherche de l'*indoxyle* dans les liquides physiologiques ; cette recherche est délicate, doit être faite avec soin, mais ne présente aucune difficulté sérieuse. On peut non seulement rechercher et isoler l'*indoxyle* ; mais aussi le doser. Après avoir exposé les divers procédés proposés antérieurement, M. Maillard en décrit un nouveau qu'il qualifie de procédé *pratique* et que l'on peut utiliser dans les recherches cliniques. Il consacre ensuite un chapitre aux matières colorantes *bleues* et *rouges* de l'urine humaine ; parmi ces dernières les unes sont identiques à l'*indirubine*, les autres en diffèrent. M. Maillard démontre en terminant que le corps auquel on a donné le nom de *skatoxyle* n'existe pas.

Les conclusions de cet excellent travail sont nombreuses et importantes ; nous citerons seulement les principales.

Les matières colorantes de l'urine humaine se divisent très nettement en couleurs *aqueuses* et en couleurs *chloroformiques* ; ces dernières sont d'origine *indoxylique* et sont le plus souvent au nombre de deux : une *bleue* (*indigotine*) et une *rouge* (*indirubine*) et parfois de trois, une couleur *brune* mal connue et provenant d'une altération profonde des deux autres.

L'*indoxyle* se transforme par oxydation en un corps nouveau, l'*hémiindigotine* qui est différente de l'*indigotine* ; c'est elle qui colore en *bleu* le chloroforme agité avec l'urine aci-

difiée ; cette hérmiindigotine en solution chloroformique *acide* se transforme *lentement* en *indirubine* tandis qu'en solution *alcaline* elle se polymérise instantanément et se transforme en *indigotine*.

L'urine humaine contient toujours de l'*indoxyle conjugué* ; c'est un élément constant dont la présence n'a une signification pathologique que s'il se trouve en grand excès.

Toutes les matières colorantes *bleues* signalées dans l'urine se ramènent à une seule, l'*indigotine* : dans toutes les matières *rouges*, celles qui sont solubles dans le chloroforme se ramènent à une seule l'*indirubine*. Le *skatoxyle* et les dérivés skatoxyliques n'existent pas. Tous ceux qui s'occupent de chimie biologique, liront avec profit cet excellent travail de M. Maillard, travail qui fait le plus grand honneur à son auteur. P. Yvon.

Diagnostic de l'appendicite ; par M. Auvray. Paris, J.-B. Baillière, 1904. Un vol. in-16 de 96 p. cartonné : 1 f. 50.

M. le Dr Auvray vient de réunir en un petit volume de la collection des « Actualités médicales » les leçons sur l'appendicite qu'il a faites à la Faculté de médecine pendant le 2e semestre de 1903. Ce livre vient à son heure car si, dans ces dernières années, la pathogénie et le traitement de l'appendicite ont donné lieu à de nombreux travaux, l'étude de la symptomatologie en a été un peu négligée. Et cependant les signes de l'appendicite sont souvent inconstants et trompeurs ; peu de maladies ont donné lieu à d'aussi nombreuses erreurs de diagnostic. Une étude complète du diagnostic de l'appendicite présentait donc un intérêt tout particulier pour le praticien. M. Auvray a traité cette question d'une façon très complète et avec une grande clarté. Il passe successivement en revue les symptômes classiques de l'appendicite, l'appendicite aiguë avec ou sans tuméfaction iliaque, les appendicites, les appendicites de siège anormal (appendicite pelvienne, appendicites haut situées, appendicite herniaire), l'appendicite avec péritonite généralisée, l'appendicite à symptômes fugaces, l'appendicite à rechutes. Deux chapitres fort intéressants sont consacrés au diagnostic de la forme, des complications et de la nature de l'appendicite et à la question, pleine d'actualité, de l'examen du sang. C'est là vraiment un excellent petit livre qu'on lira facilement et toujours avec fruit. Xavier Bender.

MÉDECINE PRATIQUE

L'huile grise dans le traitement de la Syphilis

On désigne, sous le nom d'*huile grise*, une préparation mercurielle dans laquelle le *mercure* est à l'état de division parfaite et tenu en suspension dans un corps gras liquide.

Préconisée par Lang (de Vienne) en 1887, elle a bientôt rallié comme partisans : Neisser, Brousse et Gay, Jullien, Balzer, Barthélemy, Thibierge, etc., qui, successivement, ont modifié la première formule indiquée par Lang. Nous n'insisterons pas sur les anciennes formules. La plupart des syphiligraphes se servent aujourd'hui de l'*huile grise stérilisée*, titrée à *40 % de mercure*.

Préparation — Instrumentation — Technique des injections. Dosage.

Dans la préparation de l'huile grise, on ne fait entrer aucune substance étrangère (*benjoin, éther, onguent mercuriel, etc.*) ; pour diviser le mercure, on ne se sert que de vaseline solide et de vaseline liquide, substances inaltérables, et ce n'est que par trituration mécanique qu'on incorpore le métal. Suivant les saisons, on fait varier la consistance du mélange et cela de telle façon que le mercure ne se sépare pas et ne tombe pas en globules au fond des flacons. On obtient ainsi une huile grise d'un dosage toujours rigoureux et absolu.

L'huile grise à 40 % est livrée de préférence en petits flacons stérilisés d'environ 2 cent. cubes et de 4 cent. cubes ; un centimètre cube correspond à 0 gr. 50 centigr. de mercure, et une division de seringue de Pravaz à 0 gr. 025 milligr.

Mode opératoire. — On chauffe légèrement le flacon, pour liquéfier l'huile grise qui doit être *concrète*, et on agite. — On *flambe l'aiguille*, on charge la seringue stérilisée (*par la suite, la seringue étant consacrée spécialement à ce genre d'injections, il est inutile de stériliser le corps de la seringue, qui reste aseptique, le mercure étant lui-même un antiseptique puissant*), et après nettoyage soigneux de la peau, par le savonnage ou bien au moyen de l'eau au sublimé, de l'alcool pur et de l'éther, on enfonce, d'un coup brusque, l'aiguille, presque perpendiculairement, en plein muscle, à une profondeur moyenne de 5 centimètres ; s'il ne sort pas de sang, on adapte la seringue chargée et on pousse lentement l'huile, de façon que toute la dose reste bien au sein des tissus et qu'il ne s'en glisse pas, même une goutte, dans le trajet de l'aiguille, car toutes les nodosités sont dues à la présence de l'huile en dehors des masses musculaires. Cela fait, on retire l'aiguille d'un mouvement rapide, et, après avoir rompu le parallélisme, on place, sur l'orifice de la piqûre, une rondelle d'emplâtre ou épithème boriqué de Vigier.

Région a piquer. — Les injections doivent se faire dans la *région fessière*.

1° De préférence au *point de Barthélemy*, situé sur le milieu d'une ligne allant de l'*épine iliaque antéro-supérieure* à l'*extrémité supérieure du pli inter-fessier*, et qui répond à peu près exactement au bord externe du muscle *grand fessier*. — Cette zone a la forme d'un croissant dessiné par la saillie de ce muscle et dans ce disque et croissant on peut facilement juxtaposer les trois piqûres alternatives, qui constituent, pour chaque fesse, la série moyenne, c'est-à-dire 6 injections.

2° *Au point de Galliot*, situé à l'intersection d'une ligne horizontale passant à deux travers de doigt au-dessus du grand trochanter et d'une ligne perpendiculaire qui est parallèle au pli inter-fessier et passe à deux travers de doigt en dehors de lui.

3° *Au point de Smirnoff.* — A un travers de doigt en arrière de la partie supérieure du grand trochanter (*région rétro-trochantérienne*).

4° *Au point de Fournier*, qui correspond au tiers supérieur de la fesse.

Il ne faut jamais piquer en pleine fesse, qui constitue la zone dangereuse de nerfs et des gros vaisseaux à éviter, ni dans la partie inférieure sur laquelle s'assied le malade.

Les doses a injecter sont forcément variables, selon les cas, le sujet, le poids, les périodes et les accidents. — Pratiquement, elles doivent être faites par séries de 6, espacées de 8 jours. Après 6 semaines de traitement, on accordera 6 semaines de repos au malade.

La dose moyenne de chaque injection, *pour l'homme adulte*, est de 8 centigr. de mercure métallique. (La dose double, a été faite sans inconvénient, chez l'homme adulte doué de bons reins et bon foie dans les cas graves où l'hémiplégie, par exemple, était menaçante). — *Pour la femme*, 6 à 7 centigr. — *Pour l'enfant* au-dessous de 3 ans, 1 centig.

Pendant la *première année* on traitera 8 mois sur 12 ; six mois sur 12 pendant la *seconde*, et 4 mois sur 12 pendant les *troisième* et *quatrième années*. — Les années suivantes, de temps en temps, selon les accidents et les indications, en moyenne une année sur quatre.

Dans le cours de certaines grossesses, il peut être utile de pratiquer, dès le début de la gestation, une piqûre de 7 centigr. tous les mois, à condition qu'il n'y ait pas d'albumine.

Faites dans ces conditions, les injections d'huile grise sont toujours parfaitement supportées. La douleur est nulle ; la piqûre de l'aiguille est insignifiante, si on a le soin de l'enfoncer d'un coup brusque. La douleur consécutive n'existe pas, avantage inappréciable, si l'on songe aux douleurs provoquées par les autres sels mercuriels insolubles, en particulier par le calomel. Quelques malades accusent simplement un peu d'engourdissement de la jambe pendant 24 à 48 heures. En tout cas, *aucun n'est jamais obligé d'interrompre ses occupations*.

L'inflammation locale, consécutive aux injections de sels insolubles, fait presque toujours défaut après les injections d'huile grise. Nous ne parlons pas des abcès, qui ne sont dus qu'à une asepsie incomplète. Mais même le simple nodus

inflammatoire est rare. L'huile grise est donc parfaitement tolérée par les tissus. Quant à la stomatite, elle ne se produit pas avec l'huile grise, quand on ne dépasse par les doses ordinaires et quand on veille à l'*état de la dentition*.

Pendant toute la durée du traitement actif, on prendra les soins de bouche les plus complets : grattage préalable du tartre, obturation des dents cariées, gargarismes fréquents avec le *boro-borax*, sucement de *pastilles de bi-borate de soude*, et surtout savonnages des dents et des gencives avec un savon. Ces précautions prises, *le traitement par l'huile grise n'a jamais donné lieu à des accidents de stomatite.*

L'injection d'huile grise à 40 % étant toujours faite sous un *petit volume*, ne présente donc aucun des désavantages que l'on reproche au traitement mercuriel, en général, et spécialement aux autres injections insolubles. Quant à sa valeur thérapeutique, elle est considérable ; elle constitue un des plus précieux moyens de mercurialisation, car elle jouit d'un pouvoir curatif extrêmement actif et n'a pas la brutalité d'action du calomel, source toujours passible de douleurs.

Tous ces avantages expliquent la faveur rapide dont a joui l'huile de Vigier, et l'emploi qu'en ont fait et qu'en font journellement un grand nombre de syphiligraphes des plus remarquables.

Dans la séance de la Société de Dermatologie du 30 janvier 1896, consacrée aux injections mercurielles, le Dr Le Pileur s'exprime ainsi au sujet de l'huile grise : « Les avantages de cette méthode sont : 1° La sûreté absolue du traitement, laquelle n'existe pas avec les pilules, car les malades les plus sérieux, les plus disposés à se soigner, avouent toujours quelques irrégularités... 2° Le secret, avantage qui a bien son importance pour beaucoup de malades et qui est complet ici, puisque tout peut se passer uniquement dans le cabinet du médecin... 3° Intégrité absolue du tube digestif... 4° Enfin action infiniment plus vive, et cela uniquement parce que les doses tolérées correspondent à des doses rarement employées par la méthode des pilules.

« On peut dire que les injections d'huile grise rencontrent infiniment moins de résistance que les anciennes méthodes, qu'elles laissent indemne le tube digestif, et donnent, dans nombre de cas, des résultats vraiment merveilleux. »

D'après le Docteur Leredde, l'huile grise est donc considérée aujourd'hui, par la majorité des syphiligraphes français, comme le meilleur mode de traitement de la syphilis dans ses formes normales, et son emploi prend une extension considérable ; c'est elle qu'il préfère pour le traitement intensif mercuriel (*accidents tertiaires*, tabès, etc.)

L'huile grise constitue donc un agent des plus précieux, dont les avantages sont reconnus par la plus grande majorité des syphiligraphes.

VARIA

Comité consultatif d'hygiène de France.

« On avait espéré que le *Comité consultatif d'hygiene de France*, réorganisé par la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique, ouvrirait enfin ses portes à quelques hygiénistes de province. Or, aucun de ces derniers n'a pu trouver place ni parmi les 30 membres de droit, ni parmi les 15 membres nommés par le ministre de l'Intérieur. Le Comité est entièrement parisien. Il paraît d'ailleurs être en état de sommeil depuis sa reconstitution, au moment précis où sa tâche est la plus lourde, puisqu'il a tous les règlements de la loi de 1902 à mettre sur le chantier. Est-ce précisément le sang provincial qui lui manque pour agir ?

Quoi qu'il en soit, M. Cazeneuve, professeur à la Faculté de médecine de Lyon et député du Rhône, a déposé, le 19 janvier dernier, sur le bureau de la Chambre, un projet de loi tendant à faire entrer 7 provinciaux dans le Comité consultatif. Ce projet est signé de 107 députés républicains de gauche.... En conséquence, M. Cazeneuve et ses collègues proposent de compléter l'article 25 de la loi du 15 février 1902 par un paragraphe à introduire dans l'article 25 de la loi et ainsi conçu :

« Seront également membres de droit les professeurs d'hygiène des facultés de médecine de Paris, Lyon, Bordeaux Lille, Nancy, Toulouse, Montpellier et le professeur d'hygiène de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de plein exercice de Marseille. »

Espérons que ce projet de loi ne restera pas trop longtemps dans les cartons. N'oublions pas cependant qu'il a fallu plus de quinze ans pour faire voter la loi de 1902. (*Lyon médical*, février 1904, n° 6).

Les professeurs d'hygiène de la province n'ont guère à regretter de ne pas faire partie du Comité d'hygiène réorganisé, car il n'a jamais été aussi peu actif depuis sa réorganisation. Et cependant il y aurait tant de bonnes réformes à réaliser et une impulsion si utile à donner !

L'Institut antirabique de Marseille, de 1893 à 1903, par le Dr Ch. Livon, directeur.

M. le Dr Livon publie dans le n° du 1er septembre du *Marseille-Médical* l'histoire très intéressante de l'Institut antirabique de Marseille, inauguré en décembre 1893. Nous reproduisons des passages des dernières pages, qui résument en quelque sorte l'ensemble de son travail.

« Le nombre des personnes traitées régulièrement étant de 3.563, pendant la période de 1893 à 1903, et le nombre des insuccès inévitables étant de 13, on arrive à une proportion générale de 0,36 %, qui peut aussi s'envisager par année :

Années		Traités	Morts	Mortalité o/o
1893	(22 jours)	17	9	0
1894	—	267	3	1,12
1895	—	354	0	0
1896	—	249	0	0
1897	—	318	2	0,63
1898	—	274	1	0,36
1899	—	294	0	0
1900	—	312	0	0
1901	—	436	1	0,22
1902	—	634	3	0,47
1903	—	409	3	0,73

Quelles sont les réflexions suggérées par l'application de la méthode des vaccinations préventives contre la rage pendant ces dix dernières années ? D'avance, je prévois la réponse de ceux qui discutent sur des faits qu'ils ne connaissent pas et qu'ils ne se donnent même pas la peine de contrôler. Se basant seulement sur les insuccès, ils ne vont pas manquer de critiquer la méthode et nier son efficacité.

La réponse à leur faire est bien simple : L'application de la méthode des vaccinations antirabiques est basée sur l'expérimentation la plus rigoureuse ; expérimentez à votre tour et votre conviction se fera nette et précise, mais, avant de critiquer, commencez par expérimenter. C'est, du reste, la même réponse que l'on peut faire à tous ceux qui se posent en sceptiques vis-à-vis des découvertes de Pasteur et de leurs applications pratiques.

Les insuccès sont inévitables, car dans l'application sur l'homme, le terrain et les conditions biologiques sont si variables que l'on restera, j'en suis persuadé, encore de longues années avant de pouvoir connaître les principales causes d'insuccès.

Je ne parle pas du retard mis entre la morsure et le commencement du traitement ; il est facile de comprendre que les chances d'insuccès augmentent avec la longueur du temps écoulé avant le traitement, et c'est même une condition qui prouve que la méthode est efficace puisque des personnes mordues gravement par le même chien et ayant commencé immédiatement le traitement en ont retiré un bénéfice, tandis qu'une autre mordue en même temps, ayant laissé écoulé un temps plus ou moins long, n'a pas vu la maladie enrayée. C'est le cas du n° XVII.

Il est un fait que j'ai constaté ici, comme l'ont constaté tous ceux qui dirigent des établissements analogues, c'est que les tares organiques peuvent prédisposer aux in succès et, avant tout, l'alcoolisme. Plusieurs de nos décès sont survenus chez des personnes franchement alcooliques.

Je dois citer, parmi eux, celui de l'*enfant* nº XIII. Ce garçon, âgé de 11 ans, non seulement présentait toutes les conditions de la misère physiologique, mais encore était un *dégénéré alcoolique invétéré*, il buvait l'*absinthe* pure, d'après les renseignements recueillis, et c'est dans un accès d'*absinthisme aigu* qu'il a été pris des premiers symptômes de rage.

Je dois signaler un insuccès sur un paludéen et un autre chez une personne atteinte de rhumatisme subaigu. Y a-t-il là une corrélation ou une simple coïncidence ! C'est de la publication de tous les faits connus que sortira la lumière.

Quoi qu'il en soit, on ne peut s'empêcher de constater que, malgré le grand nombre de morsures graves traitées, le nombre des insuccès est fort petit. Les 738 cas du tableau A sont tous relatifs à des morsures faites par des animaux réellement enragés et l'on peut y ajouter les 1,972 cas du tableau B, puisque la rage a été constatée à l'autopsie de l'animal mordeur. Ce qui fait donc un total de 2,710 personnes mordues par des animaux franchement malades.

Sur ce nombre, il y a 213 morsures à la tête et 1762 aux mains, morsures généralement très dangereuses, et dont un très grand nombre présentaient une réelle gravité ; malgré cela, comme on le voit, la guérison est la règle et les chiffres contenus dans cette statistique sont, je crois, assez éloquents pour montrer les services rendus dans toute la région par l'Institut antirabique de Marseille.

Hospices civils de Marseille.

Concours d'élèves en médecine et en chirurgie pour le service des hôpitaux. — Le lundi 31 octobre 1904, à 8 h. du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour 4 places d'élèves internes. Le lundi 7 novembre 1904, à 8 heures du matin, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour 10 places d'élèves externes. Ces deux concours auront lieu devant la Commission Administrative assistée du Jury Médical. Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de l'Administration des Hospices, à l'Hôtel-Dieu, et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence. Les candidats pour le premier concours auront de plus à justifier du nombre de douze inscriptions (ancien régime) ou de huit inscriptions de médecine (nouveau régime) et d'un an de service actif dans un hôpital comme externes ou comme stagiaires.

Épreuves du premier concours. 1º Pathologie médicale et chirurgicale (épreuve écrite ; deux questions). Cette épreuve est éliminatoire et aura lieu au commencement du concours. Ne seront admis à prendre part aux autres épreuves que les candidats qui auront obtenu la moitié plus un du nombre de points, fixé à 30 pour cette épreuve. 2º Préparation anatomique. Au cours de cette épreuve les candidats rendront compte de leur dissection sans interruption et sans sortir de l'amphithéâtre. 3º Question d'anatomie et de physiologie (épreuve orale). 4º Rédaction de deux observations, l'une de médecine, l'autre de chirurgie. 5º Trois questions dites de garde : Chirurgie, Médecine, Pathologie spéciale, Accouchements et Syphilis. Ces questions seront traitées de vive voix après 5 minutes de réflexion.

Épreuves du deuxième concours. 1º (épreuve écrite) Pathologie chirurgicale élémentaire. Comme pour le concours de l'Internat, cette épreuve sera éliminatoire et les candidats qui n'auront pas obtenu la moitié plus un du nombre de points, fixé à 30, ne pourront prendre part aux autres épreuves. 2º (épreuve orale) Anatomie (Ostéologie, Myologie). Cette épreuve ne portera pas sur les muscles compris dans la splanchnologie et organe des sens. 3º Pansements, Bandages et Petite chirurgie.

Pour le choix des questions que comporte le programme de l'Externat, le Jury s'inspirera des conditions de scolarité dans lesquelles se trouve la généralité des candidats. Après le rapport du Jury d'examen, la commission administrative nommera les élèves. Les élèves nommés entreront en exercice le 1er Janvier 1905. La fin de leur exercice est fixée au 31 décembre 1908 pour les internes et au 31 décembre 1907 pour les externes. Ils recevront un traitement de : La première année, 1300 ; francs. La deuxième année, 1400 fr. La troisième et la quatrième année, 1500 fr.

Ils ne seront nourris et logés dans les établissements que les jours de garde ou sur décision de la Commission. Les élèves internes devront prendre les observations concernant les malades de leur service. Les élèves externes devront tenir les cahiers de visite ; ils recevront à cet effet une indemnité de 300 francs par an. Les élèves, nommés à ce concours, ainsi que ceux qui pourraient être autorisés à les suppléer, devront se soumettre à tous les règlements actuels concernant le corps médical, ainsi qu'à ceux qui pourraient être ultérieurement établis par la Commission administrative et à toutes les modifications qu'elle croirait devoir y apporter. Tout élève, interne ou externe qui se pourvoiera, pendant la durée de ses fonctions, d'un diplôme universitaire qui lui donnerait le droit d'exercer la médecine (docteur ou officier de santé), sera par ce seul fait démissionnaire de sa qualité d'élève. L'interne arrivé le premier aura le droit de continuer ses fonctions jusqu'à l'expiration normale même s'il devenait Docteur en médecine.

Nota. — Bien que le concours pour l'Internat soit annoncé pour 4 places et celui de l'Externat pour 10 places, ce nombre pourra être diminué si la Commission le croit nécessaire. En outre des nominations annoncées, la Commission administrative pourra, si elle le juge utile, procéder à la nomination d'un certain nombre d'internes provisoires choisis parmi les concurrents à l'internat ayant obtenu le minimum des points fixé pour l'ensemble des épreuves. Ces nominations auront leur effet pendant un an seulement à partir du 1er janvier 1905. Les internes provisoires seront, à tour de rôle, chargés de toutes les suppléances d'internes titulaires lorsque ceux-ci devront s'absenter pour une période de plus de huit jours. Lorsqu'ils seront en fonctions, ils recevront un traitement basé sur le traitement afférent à la première année d'internat et jouiront de tous les privilèges des internes. Les externes des Hôpitaux de Marseille, ayant pris part au concours de l'Internat et ayant obtenu le minimum des points, conservent en restant externes le rang de placement qui leur a été assigné pour avoir un droit de priorité sur leurs collègues dans le choix semestriel des services hospitaliers.

LES CONGRÈS

Association française d'Urologie (20-22 octobre 1904). — La huitième session se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du 20 au 22 octobre 1904, sous la présidence de M. le Professeur Guyon. Secrétaire général : M. E. Desnos, 59, rue de La Boétie, Paris.

Congrès Français de médecine ; 7e Session (Paris, 24-27 octobre 1904.) — Ce Congrès se tiendra cette année à Paris, du 24 au 27 octobre inclusivement, sous la présidence du professeur Cornil. Pour les renseignements et les communications, s'adresser à M. le Dr Enriquez, secrétaire général adjoint, 8, avenue de l'Alma.

1er Congrès International d'assainissement et de salubrité de l'Habitation (Paris, octobre 1904). — La Société Française d'Hygiène a pris l'initiative d'un Congrès d'Assainissement et de Salubrité de l'habitation qui se réunira à Paris du 15 au 20 octobre prochain. Les communications et demandes de renseignements doivent être adressées au Secrétaire général du Congrès, M. F. Marié-Davy, 7, rue Brézin, Paris (14e Arrond.).

1er Congrès international d'éducation et de protection de l'enfance. — Ce Congrès aura lieu à l'Exposition de Liège en septembre 1905. Pour renseignements, s'adresser rue Rubens, 14, à Bruxelles.

Congrès international de la tuberculose
(Paris, 2-7 octobre 1905.)

Le Congrès international de la tuberculose, qui se réunira à Paris du 2 au 7 octobre 1905, a fixé dès à présent les ques-

tions qui seront soumises sous forme de rapports à l'étude des membres du Congrès. Trois questions dans chacune des deux sections du Congrès seront étudiées par des rapporteurs. Trois rapporteurs seront désignés pour chaque question, l'un des rapporteurs devant être français. Les comités nationaux étrangers sont en train de désigner leurs rapporteurs. Pour la France, les rapporteurs sont nommés.

La section de pathologie, dont le président est le professeur Lannelongue, a choisi les trois questions suivantes : 1° Traitement du lupus par les nouvelles méthodes. Rapporteurs français : Dr Jeanselme et Dr Chatin. — 2° Diagnostic précoce de la tuberculose par les nouvelles méthodes. Rapporteur français : Dr Achard. — 3° Étude comparative des diverses tuberculoses. Rapporteur français : Prof. Arloing (de Lyon).

La section sociale, qui a pour président le professeur Landouzy, a pris les trois questions suivantes : 1° Facteurs étiologiques de la tuberculose. Rapporteur français : Dr Romme. — 2° Rôle des dispensaires et des sanatoriums dans la lutte antituberculeuse. Rapporteur français : Dr Courtois-Suffit. — 3° Assurances et mutualités dans la lutte contre la tuberculose. Rapporteur français : M. Edouard Fuster. — Secrétariat général, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Congrès de philosophie.

Le second congrès de philosophie s'est ouvert le 4 septembre à Genève sous la présidence effective de M. Gourd, et la présidence d'honneur de M. E. Naville. Il y avait 320 membres d'inscrits.

XVe Congrès International de Médecine.
Lisbonne (Portugal), 19-26 avril 1906.

Nous venons de recevoir le 1er numéro du *Bulletin du XVe Congrès International de Médecine* qui se tiendra à Lisbonne les 19-26 avril 1906. Ce numéro contient le règlement du Congrès, l'organisation des sections et celles des Comités nationaux des différents pays. A remarquer dans le règlement l'article 2 qui permet l'admission au Congrès aux seuls médecins et aux savants présentés par les Comités nationaux ou portugais. La cotisation est de 25 francs ou 20 marks, ou 1 livre sterling. Les travaux du Congrès sont distribués en 17 sections :

1° Anatomie (anatomie descriptive et comparée, anthropologie, embryologie, histologie) ; — 2° Physiologie ; — 3° Pathologie générale, bactériologie et anatomie pathologique ; 4° Thérapeutique et pharmacologie ; — 5° Médecine ; — 6° Pédiatrie ; — 7° Neurologie, psychiatrie et anthropologie criminelle ; — 8° Dermatologie et syphiligraphie ; — 9° Chirurgie.

10° Médecine et chirurgie des voies urinaires ; — 11° Ophtalmologie ; - 12° Laryngologie, rhinologie, otologie et stomatologie — 13° Obstétrique et gynécologie ; — 14° Hygiène et épidémiologie ; 15° Médecine militaire ; — 16° Médecine légale ; — 17° Médecine coloniale et navale.

Le Comité exécutif du Congrès a l'intention de faire imprimer avant la réunion tous les rapports officiels ; pour cela, il faut qu'ils soient remis au Secrétaire général avant le 30 septembre 1905. Pour les communications libres, il faut qu'elles soient remises avant le 31 décembre 1905, si les auteurs veulent que les conclusions soient imprimées avant l'ouverture du Congrès. La langue officielle est le *français*. Dans les assemblées générales ainsi que dans les sections, les langues allemande, française et anglaise pourront être employées.

On voit que le Comité du Congrès a exclu le portugais des langues permises ; cela a été fait à seule fin de restreindre le plus possible le nombre des idiomes parlés ; il ne pourra y avoir de jalousies du moment que l'on se sacrifie soi-même.

Le président du Comité d'organisation du Congrès est le DrM. Da Costo Alémao ; le Secrétaire général le Dr Miguel Bombarda ; toutes les adhésions doivent être adressées à celui-ci (Hôpital des Rilhafolles, Lisbonne.)

Asile d'aliénés de Sainte-Catherine a Moulins. — Une place d'interne en médecine est actuellement vacante à cet asile. Minimum de scolarité : 12 inscriptions de doctorat ; — avantages : 800 fr., logement, nourriture, chauffage, éclairage, blanchissage, bibliothèque médicale.

Adresser les demandes à M. le Dr Gilbert Petit, directeur, médecin en chef.

FORMULES

IX. — Contre les pyélites.

Térébenthine de Venise	6 grammes.
Magnésie calcinée } Extrait de stigmates de maïs }	3 grammes.

F. s. a. 60 pilules. — 3 par jour dans les pyélites.
(*Journal des Praticiens*, 3 septembre.)

FACULTÉ DE MÉDECINE

Cours pratique de diagnostic médical de la clinique Laënnec. — *Examen des malades. Techniques de laboratoire.*

Ce cours commencera le 12 septembre 1904 (matin) et se terminera le 24 septembre ; il comprendra 24 leçons, faites le matin à 9 h. 1/2, et le soir à 2 h. 1/2, dans les salles et au laboratoire de la clinique, par MM. Léon Bernard, Lortat-Jacob, Marcel Labbé, Henri Labbé, chefs de clinique et chef de laboratoire, sous la direction de M. le professeur Landouzy.

Programme du cours. — *Lundi 12 Septembre:* Matin. Néphrite interstitielle. Syndrome d'imperméabilité rénale. — Soir. Techniques d'exploration de la perméabilité rénale. Épreuve du bleu. Cryoscopie. Toxicité urinaire.

Mardi 13 Septembre : Matin. Néphrite épithéliale chronique. Syndrome d'augmentation de la perméabilité rénale. Les œdèmes. Les albuminuries. — Soir. Diagnostic de la tuberculose par les méthodes de laboratoire. Examen des crachats. Injections de tuberculine. Séro-diagnostic.

Mercredi 14 Septembre: Matin. Tuberculose rénale. Examen histologique et bactériologique des urines. — Soir. Les syndromes hépatiques. Syndrome biliaire. Syndrome d'insuffisance hépatique.

Jeudi 15 Septembre : Matin. Diagnostic clinique des formes initiales et larvées de la tuberculose pulmonaire. — Examen bactériologique et cytologique des liquides séreux. Cytodiagnostic.

Vendredi 16 Septembre : Matin. Les syndromes d'insuffisance hématique. Ochrodermies. Oligémies. Anémies pernicieuses. Chlorose. — Soir. Examen du sang : globules rouges. Hémoglobine.

Samedi 17 Septembre : Matin. Préparations de sang sec. Formules hémo-leucocytaires. — Soir. Diagnostic des adénopathies et des splénomégalies. Leucémies et pseudo-leucémies.

Lundi 19 Septembre : Matin. Valeur diagnostique et pronostique des leucocytes. — Soir. Principes normaux de l'urine. Les chlorures et la chlorurie expérimentale. L'urée. L'azote totale. Rapport azoturique.

Mardi 20 Septembre : Matin. Diagnostic clinique du tabes. signe d'Argyll-Robertson. Syndromes radiculaires. Soir. Principes normaux de l'urine. Sucre. Albumine. Pigments biliaires. Indican. Diazo-réaction.

Mercredi 21 Septembre : Matin. Les syndromes gastriques et intestinaux, sécrétoires, et moteurs. — Soir. Examen chimique du suc gastrique.

Jeudi 22 septembre : Matin. Les syndromes cardiaques. Examen du cœur. — Soir. Les syndromes vasculaires. Hypertension et hypotension artérielles. Sphygmomanométrie. Sphygmographie.

Vendredi 23 septembre : Matin. Diagnostic bactérioscopique des angines. — Soir. Diagnostic des états typhoïdes. Sérodiagnostic. Examen des selles. Cultures du sang.

Samedi 24 septembre : Matin. Diagnostic des hémiplégies organiques et fonctionnelles. Signe de Babinski. — Soir. Ponction lombaire. Examen du liquide céphalo-rachidien.

Le montant du droit à verser est de 100 francs pour les douze jours de cours. Seront admis, les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit. MM. les Etudiants devront produire en outre la carte d'immatriculation. Les bulletins de versement relatifs au cours

sont délivrés dès à présent jusqu'au 10 septembre 1904, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

THÉRAPEUTIQUE

Le Benjoin.

Longtemps négligé, le benjoin paraît revenir en faveur, aussi bien en applications externes, qu'en lotions, ou en pansements gynécologiques.

En effet, il est à la fois antiseptique, cicatrisant, et désinfectant. A ces précieuses propriétés, s'ajoute une odeur aromatique spécialement agréable qui le fait accepter plus facilement et coopère ainsi à la régularité du traitement.

Les Glycovules au benjoin et terpinol réalisent ainsi le type de la médication gynécologique antiseptique et propre ; ils sont en même temps plus actifs que tous autres. Il est du reste facile de leur associer un calmant, morphine, cocaïne, jusquiame, belladone. On peut également conseiller comme injections ou lavages la préparation suivante :

Teinture de benjoin........................	30	grammes
— de Quillaya........................	30	—
Glycérine........................	30	—
Terpinol........................	2	—
Géranium rosat........................	2	—
Acide salicylique........................	2	—
Eau........................	250	—

Pour un bock de 2 litres d'eau chaude, 1, ou 3 cuillerées.

Les essences.

Le docteur Gaston Jougla, dans une étude très documentée sur la toxicologie et la thérapeutique des essences, vient de mettre en évidence, d'une façon irrévocable, les propriétés spéciales de l'essence d'anis.

Elle stimule l'estomac, réveille la circulation, modifie et préserve l'état catharral de la plupart des muqueuses.

Les travaux récents des docteurs E. Varenne, J. Godefroy, J. Roussel, la thèse (Paris, 1903) du docteur Lalou, montrent qu'on peut employer des doses considérables d'essence d'anis et d'anéthol sans obtenir sur le sujet ni secousses, ni attaques.

Des doses de 3 grammes, par kilogramme d'animal, n'ont pu déterminer aucun signe d'intoxication.

Une note des auteurs cités plus haut, présentée à l'Académie des sciences, 28 décembre 1903, par M. le professeur Proust, élucide définitivement l'action de l'anéthol sur l'organisme.

Ce corps se refuse à être toxique ; d'après les expériences poursuivies, eux-mêmes ont pu ingérer sans aucun trouble, pendant un mois, des doses variant de 50 centigrammes à un gramme. D'autre part, Camboulives faisait de l'anis étoilé ou badiane le spécifique des dyspepsies flatulentes.

Pour Dujardin-Beaumetz, c'est un stimulant stomachique, le meilleur pour combattre les douleurs nerveuses de l'estomac et de l'intestin, dont l'élimination se fait rapidement par le poumon et les urines.

A tous points de vue, l'anis est évidemment supérieur à la menthe ou à ses dérivés, dont l'action vaso-constrictive et anesthésique n'est pas sans effets fâcheux sur l'estomac et l'intestin, dont elle arrête les contractions péristaltiques, indispensables à une digestion régulière.

Conclusion : en incorporant l'essence d'anis au charbon Tissot, on a obtenu le maximum d'activité digestive.

Supérieur aux charbons granulés ou en poudre, qui s'agglomèrent dans l'estomac et arrivent à former des concrétions dangereuses, il présente, grâce à son agglomération au gluten, par sa forme volumineuse, l'avantage d'accompagner constamment le bol alimentaire, qu'il divise, facilitant ainsi son élaboration par le suc digestif dont la teneur et l'action sont encore augmentées par l'arôme anisé. Dr H. Sen.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 21 août au samedi 27 août 1904, les naissances ont été au nombre de 951, se décomposant ainsi : légitimes 713, illégitimes 238.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 800, savoir : 423 hommes et 377 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 3. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 11. — Scarlatine : 2. — Coqueluche : 11. — Diphtérie et Croup : 5. — Grippe : 2.. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 1. — Autres maladies épidémiques : 2. — Tuberculose des poumons : 184 — Tuberculose des méninges : 9. — Autres tuberculoses 17. — Cancer et autres tumeurs malignes : 41. — Méningite simple : 21. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau 31 — Maladies organiques du cœur : 45 — Bronchite aigue 5. — Bronchite chronique : 17 — Pneumonie 13 — Autres affections de l'appareil respiratoire 40. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 6. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 12. autre alimentation : 85. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans. 6. — Hernies, obstruction intestinale : 8 — Cirrhose du foie : 8. — Néphrite et mal de Bright : 21. — Tumeurs non cancereuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 6. — Septicémie puerperale (fièvre, peritonite, phlébite puerperale) : 3. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : 32. — Débilité senile : 37. — Morts violentes : 21. — Suicides : 9. — Autres maladies : 86 — Maladies inconnues ou mal définies : 9.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 46, qui se décomposent ainsi : légitimes 27, illégitimes 19.

Asile de Villejuif. — M. Edgar Monteil, ancien préfet de la Haute-Vienne, vient d'être nommé directeur de l'asile de Villejuif en remplacement de M. Lucipia, décédé.

Demande de Laryngologistes. — On demande des médecins et des laryngologistes pour dispensaires antituberculeux. S'adresser à l'Œuvre de la Tuberculose Humaine, 9, rue de Bellefond, Paris.

Accouchement prématuré (?) expliqué par une sage-femme. Un brave garçon du Bocage s'est marié il y a à peine cinq mois et sa femme est sur le point d'accoucher. Trouvant que c'est un peu tôt, même par ce temps de vitesse, il est allé consulter une sage-femme de Vire, qui l'a rassuré en lui disant : — Quatre mois et demi de journées et quatre mois et demi de nuits, cela fait bien les neuf mois réglementaires. Après avoir compté et recompté sur ses doigts, le naïf mari est convenu que le compte y était. (*Bonhomme Normand*, 26 août-1er septembre 1904).

Utilisation agricole des eaux d'égout. — Le *Bulletin municipal* du 4 septembre publie un décret déclarant d'utilité publique la création d'un champ d'épandage pour l'épuration des eaux résiduaires de l'établissement départemental (Seine) de Moisselles (S.-et-O).

Ecole de médecine d'Alger. — Un concours s'ouvrira, le 4 mars 1905, devant la faculté de médecine de l'Université de Montpellier pour l'emploi de suppléant des chaires de chirurgie à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours (*Journal Officiel* du 4 septembre 1904).

Automobilisme et médecine. — Le Dr Lucien Miguel, âgé de vingt-six ans, habitant boulevard Beaumarchais, est tombé, dimanche soir, rue Réaumur, d'un tramways de l'Est-Parisien. M. Miguel, qui a eu les doigts de la main gauche et du pied droit écrasés, s'est fait transporter à son domicile.

Nécrologie. — L'*Echo méd. du Nord* annonce la mort du Dr Van Peteghem ; — du Dr Boulanger, de Péronne ; — du Dr Ducuing, de Saint-Girons ; — du Dr Gatiniol, du Grand-Fougeray ; — du Dr Janin, décédé à Noyon dans sa *centième* année.

Chronique des hôpitaux de Paris.

Accoucheurs des Hôpitaux. — Un concours public pour la nomination d'un accoucheur des hôpitaux aura lieu le lundi 6 février 1905, à 9 heures du matin, à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Les candidats devront se faire inscrire avant le 28 janvier, passage de l'Hôtel-Dieu, n° 56, en y déposant leur acte de naissance et leur diplôme de docteur en médecine français.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies des yeux.

Livres en vente au *PROGRÈS MÉDICAL*

ABADIE (Ch.). **Nature du glaucome. Explication de l'action curative de l'iridectomie.** Brochure in-8 de 12 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés .... 35 c.

ANTONELLI (A.) **L'amblyopie transitoire. (Contribution à l'étude des troubles visuels dans les maladies nerveuses).** Brochure in-8 de 54 pages. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. 1 fr. 30

DUFOUR (A.). **Paralysies bilatérales du muscle droit externe.** Brochure in-8 de 11 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. 35 c.

GALEZOWSKI. **Des cataractes et de leurs opérations.** Conférences cliniques recueillies par BOUCHER. Brochure in-8 de 52 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés .... 50 c.

GIRALDÈS (J.-A.) **Recherches anatomiques sur le corps innominé.** In-8 de 12 pages avec 5 planches. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés .... 1 fr.

GIRALDÈS (J.-A.). **Etudes anatomiques ou recherches sur l'organisation de l'œil considéré chez l'homme et chez quelques animaux.** In-4 de 83 pages avec 7 planches.— Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés .... 2 fr.

JANET (P.). **Un cas d'hémianopsie hystérique** (conférence faite à la Salpêtrière). Brochure in-8 de 22 pages, avec 5 figures. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés .... 50 c.

KOJEWNIKOFF. **Ophtalmologie nucléaire.** Brochure in-8 de 14 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés .... 40 c.

LANDOLT (E.). **Leçons sur le diagnostic des maladies des yeux**, faites à l'école pratique de la Faculté de médecine de Paris, pendant le semestre d'été de 1875, recueillies par CHARPENTIER. Paris, 1877. — Volume in-8 de 204 pages. Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés .... 2 fr.

PARINAUD (H.). — **Paralysie des mouvements associés des yeux.** Brochure in-8 de 39 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés .... 70 c.

PARINAUD. — **Clinique des maladies du système nerveux.** Compte rendu du service ophtalmologique pour l'année 1888, par Morax.— Brochure in-8 de 28 pages — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés .... 70 c.

PARINAUD et MARIE. — **Névralgie et paralysie oculaire à retour périodique constituant un syndrome clinique spécial.** Brochure in-8 de 16 pages. — Prix : 50 cent. — Pour nos abonnés .... 35 c.

PÉCHIN (A.). **Iritis bilatérale d'origine palustre.** Brochure in-8 de 8 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés .... 35 c.

POULARD.—**Rôle de l'infirmière dans le traitement des maladies des yeux**, n° 5 de la Bibliothèque de l'infirmière. In-16 de 28 pages. Prix : 0 fr. 50. Pour nos abonnés .... 40 c.

RECLUS (P.) — **Des ophtalmies sympathiques.** Un fort volume. In-8 de 210 pages. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés .... 2 fr.

ABADIE (Ch.). **Traité des maladies des yeux.** 2 vol. in-8. Edition Doin de 1876. — Prix .... 10 fr.

ABADIE (Ch.). **Leçons de clinique ophtalmologique.** 1 vol. in-8 de 280 pages. Edition Doin, de 1881. Prix .... 3 fr.

GALEZOWSKI. **Traité des maladies des yeux.** 1 vol. in-8 de 1.030 pages. Edition J.-B. Baillière de 1888. — Prix .... 10 fr.

GALEZOWSKI ET DAGUENET. **Diagnostic et traitement des affections oculaires.** 1 vol. in-8 de 296 pages. Edition J.-B. Baillière de 1888. Prix (épuisé) .... 9 fr.

GIRAUD-TEULON. **L'œil : notions élémentaires sur la fonction de la vue et ses anomalies.** 1 vol. in-12 de 182 pages. Edition Germer-Baillière de 1878. — Prix .... 2 fr.

MEYER (Edouard). — **Traité pratique des maladies des yeux.** 1 vol. in 8 de 796 pages. Edition Masson de 1880. — Prix.. 6 fr.

MIARD (Antony). **Des troubles fonctionnels et organiques de l'amétropie et de la myopie en particulier.** 1 vol. in-8 de 400 pages. Edition J.-B. Baillière de 1873. — Prix .... 3 fr.

PANAS. **Leçons sur les kératites.** 1 vol. in-8 de 180 pages Edition Delahaye de 1876. — Prix .... 3 fr.

— **Leçons sur le strabisme.** 1 vol. in-8 de 252 pages Edition Delahaye de 1873. — Prix .... 3 fr.

— **Leçons sur les rétinites.** 1 vol. in-8 de 258 pages avec planches Edition Delahaye de 1878. — Prix .... 3 fr.

— **Leçons sur les affections de l'appareil lacrymal.** 1 vol. in-8 de 221 pages. Edition Delahaye de 1877. — Prix .... 4 fr.

— **Leçons sur les maladies inflammatoires des membranes internes de l'œil.** 1 vol. in-8 de 216 pages. Edition Delahaye de 1878. — Prix .... 4 fr.

— **Anatomie pathologique de l'œil.** 1 vol. in-8 de 104 pages. Edition Delahaye de 1879. — Prix .... 4 fr.

WECKER (DE). **Chirurgie oculaire.** 1 vol. In-8 de 420 pages. Edition Doin de 1879. — Prix .... 4 fr.

On trouvera à la librairie du *Progrès méd.* un grand nombre d'autres livres, brochures et journaux sur les **maladies des yeux.**

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES, CLERMONT (OISE).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

3e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XX. N° 38. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 17 SEPTEMBRE 1904

Le Progrès Médical

THERAPEUTIQUE

De quelques formes de nanisme et de leur traitement par la glande thyroïde ;

Par **BOURNEVILLE** et **LEMAIRE** (1).

§ III. — Nanisme avec obésité (*Suite*).

Nos observations sur le nanisme avec obésité ne peuvent être publiées toutes dans le *Progrès*. Nous laissons de côté les Obs. XLVIII à LII que l'on trouvera dans le *Compte rendu* de notre service pour 1903 et nous ne donnerons que les Obs. LIII et LIV, qui nous ont paru les plus intéressantes.

Obs. LIII. — Idiotie ; nanisme ; obésité.

Thom.. (Marie Emilie), née le 13 avril 1884, est entrée dans le service le 13 septembre 1893.

Antécédents héréditaires et personnels. — Père, 44 ans, bien portant, a eu des *convulsions* jusqu'à l'âge de 7 ans. Coléreux, ni alcoolisme, ni syphilis, ni rhumatisme.

Famille du père : A cune tare morale, intellectuelle ou physique à signaler. Aucun cas de nanisme ni d'obésité.

Mère, 44 ans. Jamais de convulsions aucun accident arthritique ou névropathique, mais elle est impressionnable et nerveuse. — *Famille de la mère*. Rien à noter.

Pas de consanguinité. Égalité d'âge.

La mère a été mariée deux fois ; de son premier mari, mort d'une congestion pulmonaire, elle eut quatre enfants bien portants. Mariée en secondes noces, elle eut deux enfants : notre malade, une fille âgée de sept ans, en bonne santé, intelligente sans convulsions, ni obésité.

Notre malade. Rien à relever au moment de la conception, au cours de la grossesse, pendant l'accouchement qui a eu lieu à terme, en « 1/2 heure ». Pas de circulaire du cordon. Pas d'asphyxie mais la tête était *très grosse*. L'enfant pesait plus de 4.500 grammes à la naissance. Elle fut nourrie au biberon (lait de chèvre).

Première dent à 13 mois. Dentition complète à 2 ans. Début de la marche à 3 ans. Elle ne parle pas encore et ne sait dire que quelques mots incompréhensibles (1894). La mère ne se serait aperçue de l'état de son enfant que vers l'âge de 13 à 14 mois.

(1) Voir le *Progrès Médical*, nos 24, 25, 26 et 28.

Convulsions vers l'âge de 13 mois avec perte de connaissance, cyanose, phase de clonisme et de sopor. On note une douzaine d'accès par jour avec des rémissions de deux heures environ. Jusqu'à l'âge de 7 ans, deux crises par mois. A partir de cet âge, elles s'espacent, changent de caractère. Il n'y a pas de phase tonique ni clonique. Il n'y a que des convulsions oculaires. Bave, et miction involontaire. Pas de paralysie consécutive.

Aucune autre maladie infectieuse que la scarlatine vers cinq ans. Pas d'accidents scrofuleux. — Pas d'onanisme, pas gourmande, pas de salacité. Coléreuse : dans ses accès de colère elle déchire tout ce qui lui tombe sous la main, frappe la paume des mains l'une contre l'autre. Pas de grincement de dents. — L'enfant est continuellement agitée de mouvements brusques, saute, se frappe les mains, tire la langue. (*Fig.* 10).

Fonctions digestives normales. Mastication régulière, ne bave pas, ne gâte pas. Selles régulières.

Sentiments affectifs assez peu développés ; elle paraît reconnaître ses parents ; elle s'attache aux personnes qui la soignent.

Parole à peu près nulle. Par intervalle elle parait comprendre l'ordre qu'on lui donne et l'exécute, d'autres fois il semble qu'elle n'a pas entendu.

État actuel. — Aspect de bonne santé. Adipose très nette. Les cheveux sont abondants, implantés très bas sur le front, et surtout sur les tempes. Crâne un peu aplati verticalement, allongé d'avant en arrière, un peu d'asymétrie, il parait plus développé du côté gauche. Les fontanelles sont fermées. Le front est bas, les arcades sourcilières très accusées, garnies de sourcils châtains bien implantés, plus abondants d'un côté de la tête. Paupières normales, fentes palpébrales largement ouvertes. *Pas de blépharite*. Les yeux sont mobiles, iris bruns ; pupilles un peu rétrécies, réagissant normalement à la lumière et à l'accommodation. Léger strabisme convergent des deux côtés et surtout à droite. Nez camus, lobule volumineux, narines élevées, égales, sous-cloison oblique, descendant au-dessous du niveau des narines. Pommettes très saillantes, symétriques. Bouche grande, toujours ouverte. Lèvres peu épaisses, sans saillie exagérée de l'une ou de l'autre. Palais étroit et ogival. Amygdales et luette normales Menton ovale. Oreilles petites, bien ourlées, non écartées du crâne. Lobule soudé. Cou : circonférence 26 centimètres. Corps thyroïde difficilement appréciable.

Membres supérieurs volumineux, épais pannicule adipeux. Brièveté des segments du membre supérieur.

Membres inférieurs courts, adipose exagérée. — *Six orteils* au pied droit. *Le pouce semble bifide*, un deuxième *orteil est accolé au pouce*, il n'en est séparé par un sillon qu'au niveau *de l'ongle*. Ce doigt bifide est séparé du deuxième orteil nor-

mal par une fente inter-digitale qui remonte plus haut sur le dos du pied que du côté sain.

Thorax développé. — La peau est doublée d'un épais pannicule, les mamelles sont un peu saillantes, la graisse sous-mammaire paraît très abondante. — Aréole pigmentée, le mamelon est déprimé. Rien à l'examen du cœur et des poumons. Adipose exagérée au niveau de la paroi abdominale amenant une véritable dépression de l'ombilic et formation de deux plis adipeux qui couvrent les sillons inguinaux dans la position assise. Rien à l'examen des organes abdominaux.

Puberté et organes génitaux. Les grandes lèvres épaisses cachent complètement les petites, qui sont peu volumineuses, ainsi que le capuchon et le clitoris. Hymen en croissant. Pénil, aisselles complètement glabres.

Motilité volontaire, provoquée, réflexes normaux. — Sensibilité générale intacte en tous ses modes. — L'acuité visuelle semble normale, mais il est impossible de se rendre compte si l'enfant distingue les couleurs. Même remarque pour l'ouï, l'odorat, le goût.

Taille : 1m,17 au lieu de 1m,29.

Poids : 37, 500 au lieu de 25 k.

C'est donc une *obèse* et une *naine*. La description clinique que nous venons de donner justifie ce diagnostic.

1895. — Élixir polybromuré et capsules de bromure de camphre.

5 *juillet*. — Le *traitement thyroïdien* est institué. Un demi lobe tous les deux jours du 5 juillet au 9 octobre. Un demi lobe tous les jours jusqu'au 5 novembre. — En tout 74 jours de traitement. Les modifications du poids et de la taille avant le début du traitement sont indiqués dans le tableau suivant :

	1893	1894		1895	
	Sept.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Poids	37.500	33.500	32	33.500	31
Taille	1.17	1.17	1.17	1.20	1.20

Mois.	Date.	Poids.	Taille.	Observations.
Juillet 1895	5	31. »	1.20	
	12	30.700	1.20	
	14	30.700	1.20	
	27	30.500	1.20	
Août	3	30.200	1.20	
	10	30.200	»	
	17	30.500	»	
	24	30.500	»	
	31	30.500	»	
Septembre	7	30.450	»	
	14	30.450	»	
	21	29.500	»	
	28	29.500	»	
Octobre	5	29.250	»	
	12	29.400	»	
	19	29.150	1.21	
	26	29.200	»	
Novembre	2	29.500	»	
Novembre	9	29.450	1.21	Le traitement est suspendu le 5 novembre.
	15	29.500	»	
	23	30.500	1.22	
	30	30.500	»	
Décembre	19	32. »	1.23	
Janvier 1896	10	31. »	1.235	

Mois.	Date.	Poids.	Taille.	Observations.
1896. Janv.	4	31 »	1.235	
	12	31. »	1.235	
	19	30.400		
	26	30.100		
Février	2	29.500	1.24	
	7	29.400		
	14	29.800		
	21	29.900		
	27	29.900		
Mars	6	29.700		
	13	29.900		
	20	29.500		
	27	30. »		
Avril	3	30.500		
	10	31. »	1.25	
	17	31.500	1.25	
	24	31. »	1.26	
Mai	1	31. »		
	8	31.500		
	15	32. »		
	22	32.500		
	29	33. »		
Juin	12	33.500		
	14	33.400		
	17	34.300	1.26	

La taille a gagné en six mois trois centimètres. Elle était restée stationnaire de janvier 1895 jusqu'au début du traitement en juillet et ne s'était accrue que de trois centimètres en un an et demi, de septembre 1893 à janvier 1895.



Fig. 10. — Thom... en 1898, à 14 ans.

Le traitement thyroïdien agit également sur le poids du sujet et même d'une manière plus sensible. Dès que l'on

donne le corps thyroïde à l'enfant le poids diminue d'une manière régulière, progressive et notable ; dès que le traitement est suspendu, le poids augmente aussi d'une façon régulière et progressive.

En janvier 1896, la taille est de 1m235 et le poids de 31 kil.. L'enfant est remise en traitement : un demi lobe tous les jours du 1 au 21 janvier. Le traitement est supprimé du 21 au 23 janvier. Du 2 février jusqu'au 25 mai, l'enfant prend un demi lobe tous les deux jours. Le 22 mai le traitement est complètement suspendu (*Fig.* 10 *et* 11).

En résumé la taille augmente de trois centimètres de janvier à juillet. Le poids s'abaisse de 31 kil. à 29 k. 500. Il oscille ensuite pendant le reste de la durée du traitement entre 29 k. 500 et 31 k. 500. Dès que le traitement est supprimé le poids remonte en un mois à 34 k. 300. La taille s'arrête dans sa croissance.

Poids et taille se sont donc montrés très sensibles à l'action du traitement. Le poids est le premier influencé par l'ingestion du corps thyroïde, mais au bout d'un certain nombre de mois l'amaigrissement est de moins en moins net. La taille au contraire continue à s'accroître progressivement. Notre sujet n'en est pas moins resté un sujet *nain*, au dessous de la normale. Il pourrait également être encore qualifié d'*obèse*.



Fig. 11. — Thom... en 1898, à 14 ans.

Obs. LIV. — Idiotie ; obésité.

Sommaire. — *Antécédents personnels et héréditaires. Père : névropathe. Consanguinité des grands parents paternels : Mère, migraineuse, conduite très irrégulière. Grand'mère, migraineuse morte d'un cancer utérin. Pas de cas de nanisme ni d'obésité dans les deux familles. Aucune tare morale ni intellectuelle. — Une sœur aveugle-née, morte de convulsions.*

Pas de consanguinité; inégalité d'âge de 2 ans.

Conception, grossesse, accouchement normaux. A la naissance, enfant très grosse. — Convulsions à six semaines. — Retard dans la marche. — Gâtisme. — Manies. — Colères. — Sommeil troublé. —

État actuel (1894) : *H... est déjà obèse. — Absence congénitale des globes oculaires.*

Séjour dans le service. Teigne et scarlatine en 1896. Rougeole en 1897. — Retard dans le développement des organes génitaux et des caractères sexuels. — Augmentation de l'obésité du sujet. — Examen et mensurations en 1903.

Hus... (Jeanne), née le 22 mai 1889, est entrée dans le service, le 2 janvier 1893.

Antécédents héréditaires et personnels. *(Renseignements fournis par la mère de l'enfant le 16 janvier 1893.)* Père, 37 ans, chef d'équipe chez un marchand de fers. Non alcoolique. — Caractère très violent, mais non brutal. Pas de renseignement sur la syphilis. — [*Famille du père* : *Père* sobre, de caractère doux. — *Mère* violente, sobre. Le père et la mère étaient *cousins germains*. Aucun renseignement précis sur les grands parents. — *Oncles et tantes paternels* bien portants. Pas d'oncles maternels. — *Tantes maternelles* en bonne santé. Trois *frères*, normaux. — On ne signale aucune tare dans la famille du père. Ni aliénés, ni épileptiques, ni paralytiques, aucune malformation congénitale. La *taille* et l'*embonpoint* de tous les sujets seraient naturels. Aucune tare morale.]

Mère, 35 ans, ménagère, ni alcoolisme, ni syphilis, myope, migraine à chaque menstrue. Sa conduite serait fort suspecte. — [*Famille de la mère. Père* sobre, de caractère violent. — *Mère*, morte à 43 ans, probablement d'un *cancer utérin* ? Migraines fréquentes. — Aucun renseignement précis sur les *grands-parents* tant paternels que maternels. — Un *oncle* rhumatisant. Cousins bien portants. — Dans la famille on ne relève aucune tare intellectuelle morale ou physique.]

Pas de consanguinité. Différence d'âge de 2 ans entre les conjoints.

Six *enfants* : 1° garçon 13 ans, bien portant; 2° fille morte à 21 mois de rougeole; 3° fille *née aveugle*, morte à six mois au cours de *convulsions*; 4° garçon de 6 ans 1/2; 5° notre malade; 6° fille de 7 ans 1/2 bien portante.

Notre malade.— Rien de particulier à la *conception.— Grossesse normale.— Accouchement* : durée 1/2 heure, aucune intervention médicale, l'enfant était *très grosse*. Elle n'a pas été pesée. Pas d'asphyxie bleue, ni blanche. *Absence congénitale des globes oculaires.*

Antécédents morbides. Convulsions à l'âge de six semaines. « L'enfant, dit la mère, se raidissait, sa figure se plissait, pâlissait, ce n'était pas une pâleur ordinaire, elle était très accentuée, l'enfant poussait quelques cris.— Élevée au sein jusqu'à 22 mois. Première dent à six mois, dentition complète à 2 ans. L'enfant ne marche pas encore et n'est pas propre. La parole, limitée à quelques mots, a débuté vers l'âge de 15 à 16 mois.

Onanisme, réprimé facilement. Ni voleuse ni gourmande. Pas de salacité, manies de casser, de briser tous les objets à sa portée; de déchirer avec ses dents, de grincer des dents, de mordre.

Pas de troubles digestifs, pas de rumination ni de vomissements. Préhension défectueuse. Pas de vers intestinaux. Sommeil troublé, quelquefois accès de cris, cauchemars fréquents, sursauts, accès de rire, accès de pleurs.

Colères assez fréquentes, avec tremblement généralisé. Fréquentes secousses brusques. Pas de vertiges, pas de crises épileptiformes. Sentiments affectifs assez développés : elle reconnait ses parents, ses frères et sœurs et même les étrangers.

Rougeole à un an. Aucune autre maladie infectieuse. — Aucune manifestation de scrofule.

État actuel. (13 Janvier 1893.) Enfant bien développée, en état d'embonpoint prononcé. La face est absolument sans expression. Cheveux châtain clair, longs et abondants. Crâne légèrement dolichocéphale. Bosses occipitales peu saillantes, pariétales et frontales assez saillantes. Le crâne est symétrique, les fontanelles sont fermées. Le front est bombé, assez élevé, plus étroit que la face.

Face ovale, symétrique. Arcades sourcillières, très en retrait sur les bosses frontales. Les paupières supérieures et inférieures sont accolées et ne se relèvent pas spontanément.

Mais, de chaque côté, on peut soulever la paupière supérieure et apercevoir une surface muqueuse, rougeâtre, excavée, qui se continue avec la face postérieure des paupières. Cils et sourcils blonds assez irrégulièrement implantés. Pas de blépharite. *Absence congénitale des globes oculaires.* — *Nez* long, camus, lobule intact, large. Narines assez grandes. Odorat peu développé. — Pommettes peu saillantes, régulières, symétriques. Bouche très bien conformée. — Lèvres de volume moyen. Voûte et voile du palais, rien de particulier. Langue de volume normal. Amygdale dr. un peu grosse. Réflexe pharyngien physiologique. Les dents sont au complet; à l'arcade dentaire supérieure, elles sont très espacées. Menton petit. — Oreilles grandes, bien implantées ,bien conformées, lobule assez développé, non adhérent. Audition bonne. — *Cou* circonférence, 24 cm.

Les membres supérieurs et inférieurs n'offrent rien d'anormal dans leur conformation, leur motilité, leur sensibilité. Ils sont très potelés, le pannicule adipeux est épais. Les plis articulaires sont le siège d'encoches, ils sont profonds. Réflexes rotuliens, paresseux. Thorax volumineux, bien conformé. Pas de déviation rachidienne. Respiration abdominale. — Rien à l'auscultation ni à la percussion des poumons, du cœur; pouls normal. Abdomen assez saillant. La peau est *doublée d'un panicule adipeux assez épais*. — Foie normal. Rate non perceptible. — Région anale rien.

Organes génitaux et *puberté*. — Tout le corps est glabre. — Mamelles non développées, les aréoles, d'un gris rosé, sont légèrement soulevées. Diamètre des aréoles, 10mm. Mamelons légèrement saillants. Pénil saillant, doublé d'une épaisse couche de graisse. Le pli sus-pubien est très profond, très marqué. Les grandes lèvres épaisses forment à l'entrée de la vulve un canal profond de 2 cent.. Capuchon petit recouvrant un très petit clitoris. Petites lèvres très peu développées.

Teigne : Épilation, lavage au savon noir, au sublimé, teinture d'iode.

Juin. — Amélioration de la teigne. Aucune modification des organes génitaux. Quelques progrès pour la marche et la parole.

1895. — Aucune modification des organes génitaux externes. — Progrès marqué de la parole et de la marche.

1896. — *Puberté*. Les mamelles se sont un peu développées. État stationnaire de la teigne.

4 *avril*. — Éruption de *scarlatine*. — Angine rouge. — Température 39°. — 8 *avril*. — Desquamation T. R. 38°. Pas d'albumine dans les urines. Rien au cœur. — 17 *avril*. — T. R. 37°. Etat général satisfaisant; la desquamation continue.

14 *mai*. — L'enfant, complètement guérie de la scarlatine, rentre dans la salle des teigneux.

11 *juillet*. — Amélioration de la teigne. — Progrès notables pour la marche et surtout pour la parole Echolalie. L'enfant sait dire son nom, son âge, appelle les infirmières par leur nom.

1897. — Aucune modification du côté de la *puberté*. L'enfant gâte encore la nuit, mais pas le jour.

16 *janvier*. — *Rougeole*. Eruption très discrète, coryza. T. R. 38°. Sortie de l'isolement le 31 janvier.

1898. — Etat stationnaire de la teigne. Aucune modification du côté de la *puberté*.

1899. — Etat stationnaire de la teigne.

Puberté et organes génitaux. Léger duvet dans les aisselles. Les seins sont bien développés, le gauche plus que le droit. Les grandes lèvres se garnissent de poils. Elles sont épaisses et peu saillantes. Petites lèvres, clitoris, capuchon peu développés. *Premières règles* le 19 février. Elles sont et resteront moyennement abondantes; durée 5 jours.

Cette enfant n'a réalisé que peu de progrès, encore gâteuse la nuit, elle est toujours turbulente, et a toujours les mêmes manies de détruire, de déchirer.

1900. — *Puberté*. — Le pubis se garnit de poils. Les poils des grandes lèvres deviennent plus fournis ainsi que ceux des aisselles. Les organes génitaux ne se modifient pas dans leurs formes. Les *seins* ont encore augmenté de volume. Ils sont piriformes. Même traitement général : bains salés, huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, douches. — Teigne stationnaire.

1901. — *L'embonpoint de l'enfant a manifestement augmenté*. Son pannicule adipeux est épais sur l'abdomen et les membres. — Aucune modification des organes génitaux. — Amélioration de la teigne. Même traitement.

1904. — L'enfant n'a encore réalisé que peu de progrès. *Son embonpoint a considérablement augmenté*. — La teigne s'est très améliorée.

1903. 14 *février*. — Les cheveux de la plaque ne paraissent plus avoir de parasites.

Tableau du poids et de la taille.

	1893		1894		1895		1898		1899	
	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.
Poids	14	14.5	16.5	16.5	17	17	23	24	25.6	26
Taille	0.86	0.87	0.88	0.88	0.88	0.89	1.10	1.10	1.10	1.11
	1900		**1901**		**1902**		**1903**		**1904**	
	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.
Poids	26.5	26.5	29	29.5	40.5	52	61	65	72	72
Taille	1.11	1.12	1.12	1.13	1.15	1.15	1.30	1.30	1.32	1.32

Examen de l'enfant. (28 février). — *Etat général* . Bon, air de santé. L'enfant présente un état d'*obésité excessive*.

TÊTE. — *Crâne* assez volumineux, de forme arrondie, brachycéphale. Symétrie crânienne. Les bosses pariétales sont saillantes. Les bosses frontales le sont encore davantage; leur saillie est telle que le front se dirige obliquement en bas et en arrière. Le front est arrondi, étroit de hauteur, très proéminent sur la partie médiane, il est applati latéralement. Les régions temporales présentent une très petite bosse. La région occipitale est plate. (Voir le tableau des *mensurations de la tête*).

Face. — Visage joufflu, ovalaire, à peu près symétrique. Le teint est rosé. — Les *pommettes* forment deux saillies sphériques. Les joues sont très saillantes, séparées des pommettes par une dépression. Les plis naso-géniens sont très marqués. Dans toutes ces régions la peau est doublée d'une épaisse couche de graisse très ferme. — Les arcades sourcilières ne font aucune saillie, sont remplacées par un méplat qui se dirige obliquemement vers le fond de l'orbite. Les sourcils sont peu abondants. Les paupières sont aplaties, déprimées, petites. Elles ne sont pas soulevées par les *globes oculaires* ABSENTS congénitalement. Fentes palpébrales très petites. Cils mal implantés.

Nez droit, étroit à sa racine, peu élargi à sa base. Lobule peu épais. Narines larges. L'axe du nez est un peu oblique en bas et à gauche.

Bouche spacieuse. Voûte palatine non ogivale. — Présence du trou palatin. Voile du palais aplati, semblant constitué par deux plans formant un angle dièdre obtus au niveau du raphé qui est marqué par une saillie rectiligne. *Luette bifide*. Amygdales, *absente à gauche*, du volume d'une petite noix à droite. Langue : épaisse, large, étalée. — Pas de tremblement de la pointe. — Fente buccale asymétrique, un peu oblique en bas et à gauche. La partie gauche des lèvres est moins développée que la partie droite, elle est plus épaisse et moins longue. La bouche est constamment entr'ouverte. Lèvre supérieure épaisse, relevée, surmontée de deux plis naso-labiaux saillants, encadrant une fossette profonde. Lèvre inférieure épaisse, en léger ectroplon. — *Dentition* complète. Dents de forme nor-

male. Les deux premières molaires supérieures sont hors rang, saillantes en dehors. Pas de prognathisme supérieur ni inférieur.

Menton saillant par l'adipo se, ayant le volume d'une noix arrondi, limité par des plis de peau profonds.

Cou. Gros, arrondi. Circonférence : 34,5. La région sus hyodienne a l'aspect d'un épais cylindre graisseux, doublant le menton. Le cou est délimité par des plis de peau profonds à sa partie supérieure et à sa partie inférieure. *Corps thyroïde* perceptible au palper. La *voix* de l'enfant est aigre et comme soufflée.

Oreilles : droite et gauche semblables, allongées, et peu larges, non écartées, ligne d'implantation normale. Hélix bien ourlé mais irrégulièrement. Anthélix saillant, bifurcation normale. Tragus et antitragus normaux. Conque : profonde



Fig. 12. — Hus... en mars 1903, à l'âge de 14 ans.

mais étroite. Fossette scaphoïde et de l'anthélix rien de particulier. Lobule large, haut, non-soudé, déjeté un peu en avant et en dehors. Ouïe normale.

Peau. Pas de cicatrice. Quatre nævi pigmentaires sur le flanc gauche ; un autre immédiatement à droite de la colonne dorsale. — Sur tout le corps le pannicule adipeux, qui double la peau, est d'une épaisseur considérable. La peau de la région des aisselles, des régions pectorales, de l'abdomen, des aines est couverte de *vergetures*. Kératose péripilaire sur la peau des membres. *(Fig. 12, 13, 14).*

Membres supérieurs. D'un gros volume, ils vont en s'effilant progressivement en cône. Les plis articulaires du coude, les fossettes sus-olécrâniennes et latéro-olécrâniennes sont très profondes. L'avant-bras s'effile brusquement au niveau du poignet. A cet endroit les plis articulaires ont la forme d'encoches profondes.

Mains. Carpe large. Métacarpe court et large, doigts gros, courts et boudinés, mais bien proportionnés quant à leur longueur réciproque. Les articulations des phalanges sont masquées par des sillons très creux. Les fossettes dorsales du métacarpe sont très marquées. La peau de la face dorsale du carpe et du métacarpe est doublée d'un épais pannicule adipeux. — Pas d'onychophagie.

Membres inférieurs. Volume énorme. — Les cuisses ont la forme d'un très gros cône renversé. Aucune saillie musculaire n'est dessinée. La face postérieure des cuisses présente toute une série de plis horizontaux qui la bossellent irrégulièrement. Le pli fessier est profond et étroit. Le pli inter-fessier est vertical, profond, fermé. Tous ces plis cutanés sont le siège d'*intertrigo*. Fesses quadrilatères, plutôt aplaties mais



Fig. 13. — Hus.. en 1903, à l'âge de 14 ans.

très volumineuses. Les jambes ont également la forme d'un cylindre à peu près régulier. Les saillies musculaires ne sont pas dessinées, mais cachées par un épais pannicule adipeux ferme et résistant. (*Fig*. 12, 13, 14).

Mensurations du corps.

	1903	1904
Circonférence du bras au niveau de l'aisselle......	34.5	38.5
A 1 cent. au-dessus de l'olécrane	27	32
— au-dessous —	25.5	31
Au poignet..	16	16.5
Circonférence du métacarpe	16.5	17.5
Circonférence des cuisses au niveau de la partie interne du pli de l'aine........................	65	60
Circonférence au milieu de la cuisse..............	60	64
A un cent. au dessus de la rotule	47	47
A un cent. au dessous de la rotule	37	40
A la partie la plus saillante du mollet	39	41
Au niveau de l'articulation tibio-tarsienne........	24	24

Circonférence au niveau du métatarse	28.5	22
Circonférence du thorax au niveau des aisselles..	92	96
— au niveau des seins	99	95
— au niveau de l'appendice xiphoïde	88	96
Circonférence de l'abdomen au niveau de l'ombilic	110	103

Examen des urines. — Rien de particulier.
Examen des radiographies : L'enfant est presque soudée.

Genou. Pli profond au niveau du creux poplité. La rotule est entourée d'une série de fossettes. Au niveau de l'articulation tibiotarsienne, pli cutané circulaire, profond.

Pied. La face dorsale du pied n'offre pas de convexité, est absolument plane. La face antérieure de la jambe forme un angle droit avec la face dorsale du pied qui est plat, en léger valgus, non douloureux. Le pied ainsi que les orteils



Fig. 14. — Hus... en 1904, à l'âge de 15 ans.

sont courts et larges. — La peau du pied, surtout à sa face dorsale, est doublée d'une épaisse couche de graisse souple.

Station debout. L'enfant écarte ses jambes pour élargir sa base de sustentation. La *marche* se fait en écartant les jambes, le pied repose sur le bord interne. L'enfant ne progresse que lentement, à petits pas, en se dandinant.

Les mouvements spontanés et provoqués dans les membres supérieurs et inférieurs sont normaux. Il en est de même des *réflexes* patellaires, olécrânien, plantaire.

Thorax — Très volumineux. En arrière, en avant des aisselles et sous les aisselles, on constate d'énormes masses lipomateuses. Au-dessous de la pointe de l'omoplate, profond sillon horizontal. La peau et la couche graisseuse sont si épaisses qu'il est impossible de palper le squelette thoracique. — Rien à l'auscultation, la pointe du cœur bat dans le 4me espace intercostal gauche en dessous du mamelon. Pouls 70, bien frappé.

Abdomen d'un volume énorme, proéminent en avant, globuleux, arrondi, couvert de vergetures. Ombilic très profond. Pli sus-pubien très accentué, se prolongeant très loin du côté des crêtes iliaques. Plis inguinaux très profonds. Tous ces plis sont le siège d'un léger intertrigo.

Colonne dorsale normale, dessinée par une gouttière profonde et large. Légère ensellure lombaire. Saillie exagérée de la région sacrée qui a la forme d'un triangle isocèle à base supérieure. Aux deux extrémités de la base, c'est-à-dire au niveau des articulations sacro-iliaques, présence de deux fossettes digitales. Le *bassin* semble large et renversé en avant. Le palper du bassin est impossible vu l'épaisse couche de graisse.

Organes génitaux et puberté. Aisselles glabres. Pénil saillant, poils assez longs, frisés, assez fournis, couvrant un triangle d'une base de 9 cent., d'une hauteur de 3 cent.. — Grandes lèvres peu saillantes, larges, glabres. Petites lèvres très minces, très courtes, capuchon et clitoris tout petits. Hymen en fer à cheval. *Seins* pendants, piriformes, le gauche plus volumineux que le droit. Mamelons tout petits. Aréoles pâles de 1 cm. 5. de diamètre horizontal.

1903. — *Mars*. — Ni sucre, ni albumine dans les urines. 13 gr. 6 d'urée par litre, phosphate 2 gr. 5, chlorures 7 gr. 4. On n'a pas pu recueillir exactement les urines de 24 heures.

10 *Mars*. — Poids : 65 kgr.; Taille : 1^{m},30. *Traitement thyroïdien* : 1re semaine, 0 gr. 25; 2e semaine, 0 gr. 60; 3e semaine, 0 gr. 75; puis 1 gr..

Radiographie : Soudure incomplète du tibia, à peu près complète du fémur.

26 *Juin*. — Elle a gagné 2 cent. (1^{m},32 au lieu de 1^{m},30, soit 19 cent. en dessous de la taille normale) et augmenté de 2 kil.. — *Glande thyroïde* : 1 gr. 75; du 20 au 30 Juin, 2 gr..

10 *Décembre*. — Poids : 72 kil.; taille : 1^{m},32. — *Deuxième traitement* : 0 gr. 50, 0 gr. 75, 1 gr., 1 gr. 25.

1904. — *Juillet*. — L'aspect général est le même. L'obésité est demeurée stationnaire depuis le 1er janvier (72 kilog.) ainsi que la taille (1^{m}32 et 1^{m}32). Les fesses et les cuisses sont comme mamelonnées. La partie inférieure des cuisses présente en dedans un gros bourrelet au-dessous duquel le pli du jarret est très accusé. Entre celui-ci et le pli fessier, il y a 3 plis demi-circulaires.

Puberté et organes génitaux. — Aisselles glabres. Les *seins* sont très pendants, volumineux, le gauche plus que le droit ; diamètre transversal à droite : 23, à gauche : 24 ; diamètre vertical à droite : 19, à gauche : 20.

La différence de volume est appréciable et à la vue et au toucher. Les *aréoles* sont couleur café au lait. La gauche mesure 4 cent. sur 5, la droite 3 et demi sur 4; le mamelon est un peu plus saillant à gauche qu'à droite. — Le mont de Vénus est bombé, mais il n'est pas aussi volumineux que l'obésité pourrait le faire supposer (*Fig.* 12). Il est garni de poils bruns moyennement longs sur une largeur de 11 cent. et une hauteur de 5 cent. Entre eux et le pli de l'aine, il y a 2 cent. de peau glabre. Les poils sont un peu plus fournis, comme cela se rencontre souvent, immédiatement au-dessus de la jonction supérieure des grandes lèvres. Quelques poils sur les grandes lèvres qui sont plutôt plates. Le capuchon, le clitoris, le gland sont très peu développés. Les *petites lèvres* ont 15^{mm} sur 3 ou 4^{mm}. La droite est un peu plus longue que la gauche. Trainée de poils descendant des grandes lèvres le long du périnée et de chaque côté de l'anus qui, lui, est glabre. La vulve est profonde. L'ouverture de l'hymen, déchiquetée, est large, et l'index s'y enfonce librement.

Les *règles*, parues en février 1899, à 12 ans, ont toujours été régulières. Elles sont assez abondantes, durent 3 ou 4 jours.

1904. — 10 *Mars*. — Le traitement a toujours continué. — Poids 71 kil. ; taille 1^{m},335.

1er *Juin*. — Suspension du traitement : poids : 72 kil.; taille : 1^{m},335.

Durant les deux traitements, le maximum de diminution

du poids n'a été chaque fois que d'un kilog. Cette diminution n'a été que transitoire et, en fin de traitement, le poids avait un peu augmenté. Quant à la taille elle ne s'est accrue que de 35mm.

	Circ. hor z. max.	D.-circ. bi-auricul.	Dist. de l'art. occip. altoïd. à la rac. du nez.	Diam. ant-post. max.	— bi-auricul.	— bi-pariét.	— bi-temp.	Haut. méd. du front.
1893 Janv.	49	31	36	16	11	13	11	4.5
1893 Juil.	49	33	36	16.5	11.5	13.5	11	5.5
1894 Janv.	49	33	36	16.5	11.5	13.5	11	5.5
1894 Juil.	49	32.5	35	17.3	11.7	13.5	11	6
1895 Janv.	49.5	34	36.5	17.5	11.5	13.5	11	6
1895 Juil.	49.5	34	36.6	17.5	11.5	13.6	11	6
1896 Janv.	50	34.5	36.6	17.5	11.5	13.6	11	6
1896 Juil.	50	35	36	17.5	11.5	13.	11	6
1897 Janv.	50	35	36	17.5	11.5		11	6
1897 Juil.	50	35	36.5	18	12		11	6
1898 Janv.	50	35	37	18	12	14	11	6
1898 Juil.	50	35	37	18	12	14	11	6
1899 Janv.	50	35	37	18	12	14	11	6
1899 Juil.	50	35	37	18	12	14	11	6
1900 Janv.	50	35	37	18	12	14	13	6
1900 Juil.	50	35	37	18	12	14	15	6
1901 Janv.	53	35	37	18	12	14	15	6
1901 Juil.	53	35	37	18	12	14	16	6
1902 Janv.	53	35	37	18	13	14	16	6
1902 Juil.	53	35	38	19	15	14	16	6
1903 Janv.	53	35	38	19	15	14	16	6
1903 Juil.	53	34	38	19.5	13.5	14.5	12.5	6

En juillet 1904 les mensurations sont les suivantes : 54, — 35, — 39, — 18,5, — 13,5, — 15,2, — 13, — 6.

Réflexions. — A l'âge de 14 ans, le *poids* de Hus... devait être de 36 k. 3 alors qu'il était de 61 k. Sa *taille* devait être de 1 m. 44 alors qu'elle était de 1 m 31.

H... est *naine* et *polysarcique*. Est-elle une *infantile*? Son facies est celui d'un sujet de son âge, les caractères sexuels accessoires, les organes génitaux sont également à peu près normalement développés. Elle n'est donc pas, en réalité, une infantile. L'infantilisme n'est pas venu se superposer au nanisme et à l'obésité.

Les *photographies* donnent une idée bien plus exacte de son degré d'obésité que les mensurations qui ont été difficiles à prendre. Elles semblent montrer que la répartition du tissu adipeux varierait d'une époque à l'autre dans la même région

H... était *polysarcique* dès sa naissance. A 4 ans, à son entrée dans le service, elle pesait 14 kilogr.; sa polysarcie n'a fait que s'accroître et en particulier entre les âges de 12 ans à 14 ans. Elle présente des signes multiples de dégénérescence : Absence congénitale des globes oculaires, malformation crânienne, malformation de la voûte et du voile du palais, *bifidité de la luette*, *absence d'une amygdale* : tous stigmates de dégénérescence d'ordre anatomique qui s'allient très bien avec le nanisme et l'obésité du sujet, stigmates d'ordre physiologique.

L'insuffisance de renseignements sur la famille de l'enfant, qu'il nous a été impossible de compléter, les père et mère ayant disparu, ne nous a pas permis de déterminer avec précision la cause de ces troubles. Nous ne pouvons relever que quelques tares névropathiques et arthritiques assez vagues chez les parents de l'enfant.

H... était aveugle de naissance comme une de ses sœurs. Ce cas est à rapprocher de celui de l'enfant Dreve...

Tous les *idiots obèses* ne sont pas nains. Nous en avons vu un certain nombre qui avaient la taille normale. Nous avons publié l'observation de l'un d'eux (avec figures) dans notre *Compte-rendu* de 1890 (p. 223.)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les réformes sanitaires dans l'armée. (*Suite.*)

Etablissements et personnel spéciaux : Leur nécessité.

Avant d'exposer les réformes qui devraient être introduites dans les établissements et le personnel du corps de santé, je crois nécessaire de résoudre une question soulevée depuis quelque temps : le service de santé de l'armée en temps de paix ne pourrait-il être assuré par les établissements et les médecins civils ? Si cette question n'a pas été formulée d'une façon aussi explicite, on ne peut nier néanmoins, qu'elle ait été émise d'une manière indirecte ; que certaines propositions tendancieuses aient été faites dans ce sens : telles que l'adjonction des médecins civils dans les conseils de révision ; la création de Commissions mixtes au ministère de la guerre ; le projet de faire assurer le service régimentaire par des médecins auxiliaires ou même des étudiants en médecine. Qu'elles émanent de journalistes prévenus ou mal intentionnés contre le corps de santé militaire, répandant sur lui des affirmations aussi injurieuses qu'erronées et ne résistant pas à une discussion loyale, ou qu'elles soient le fait de législateurs résolvant par une formule simpliste les plus graves questions économiques, nous n'hésitons pas à déclarer qu'un pareil état de choses serait contraire à la raison et à l'expérience du passé. Il n'est pas besoin, en effet, d'être très versé dans l'histoire, pour savoir de quelle parcimonieuse façon était organisé autrefois le service de santé des armées ; quelle pénurie en résultait dans les soins donnés aux malades et aux blessés, à quels éléments Napoléon dut s'adresser pour organiser de toutes pièces un service qui n'existait que d'une façon rudimentaire. On reste convaincu que les soins donnés aux soldats n'ont été en rapport avec la science et l'hygiène, que le jour où l'organisation de ce service a été faite sur des bases sérieuses, permettant un recrutement instruit et expérimenté. Car, quoiqu'on dise, la profession de médecin militaire exige non seulement des qualités d'endurance spéciale, un esprit de dévoue-

ment, de désintéresssment porté à ses plus extrêmes limites, mais encore une instruction particulière ne pouvant s'acquérir que par une pratique portant sur des questions qu'un médecin civil occupé de sa clientèle n'a ni le loisir ni la faculté d'acquérir. Pour être un vrai médecin militaire, c'est-à-dire, pour posséder à la fois toutes les qualités de dignité et d'indépendance qui sont la gloire de notre profession, et celles de l'esprit militaire qui, quoiqu'on fasse, reste au milieu de toutes les veuleries et de toutes les idées arrivistes comme un gardien des sentiments d'honneur, de sacrifice et de désintéressement, — il faut, dis-je, que nos confrères de l'armée possèdent une aptitude spéciale, que la pratique devra développer. Encore qu'il soit bien loin de ma pensée que l'on ne puisse trouver parmi les médecins civils les mêmes qualités généreuses que l'on doit demander au médecin militaire, il n'en est pas moins évident, que seule, l'habitude de vivre dans un milieu spécial, permet à celui-ci de renoncer à toutes les idées de fortune, et, par conséquent, à tous les moyens d'y parvenir. Mais ce point de vue ne mérite pas de nous arrêter plus longtemps, parce que le second, c'est-à-dire la spécialisation de la pratique professionnelle, est d'une importance bien plus grande. Multiples, en effet, sont les tâches du médecin militaire. En général, on paraît ignorer d'une façon absolue tout ce qu'exige de savoir et d'expérience la médecine d'armée. Si le public ajoutait foi à toutes les insanités et à toutes les injures répandues sur nos confrères par quelques journalistes aussi ignorants du bon ton que des choses dont ils parlent d'après les racontars de quelques soldats paresseux ou indisciplinés, ou de quelques étudiants de première année, incapables de juger ce qu'ils voient, le rôle des médecins militaires se réduirait à des visites sommaires de malades, et ce rôle, le plus jeune étudiant pourrait le faire mieux qu'un médecin-major de 1re classe. Il convient de dissiper ces errements, en faisant connaître exactement quels sont les multiples devoirs d'un médecin d'armée.

Sans parler même de cette simple visite journalière, qui nécessite une grande netteté dans le jugement, une habitude consommée de démêler le vrai du faux, une connaissance déjà longue des causes capables, dans la vie militaire, d'entraîner certains troubles de la santé, un tact réel pour permettre de concilier les exigences du service avec l'indulgence due à tous les péchés véniels, ou avec la sollicitude que réclament certaines constitutions mal adaptées au milieu militaire, je rappellerai que le médecin de régiment doit savoir assez de bactériologie et d'épidémiologie pour dépister les nombreux cas, souvent frustes et isolés, d'affections contagieuses, prévoir les conséquences pouvant en résulter pour le milieu et ordonner les mesures prophylactiques pour les combattre. Je dirai également que toutes les questions de médecine légale nécessitées par la réforme, les retraites, les pensions militaires, exigent chez le médecin d'armée une grande expérience non seulement de tous les cas qui peuvent se présenter et de leurs conséquences, mais aussi une habitude des examens spéciaux (ophtalmoscopie, rhinologie, otologie, laryngologie), qui viennent corroborer le diagnostic et le pronostic. Songez également qu'auprès des conseils de guerre, en Algérie, auprès des bureaux arabes ou des tribunaux civils, le médecin militaire est un expert auquel on fait souvent appel ; qu'il doit être versé, non seulement dans l'étude des traumatismes par coup de feu ou par armes blanches, mais aussi dans les questions de responsabilité morale des jeunes soldats passibles des tribunaux militaires pour des fautes plus au moins graves contre la discipline. Parlerai-je des conseils de révision où l'on accuse — avec quelle injustice, ceux-là seuls pourront le dire, qui ont une habitude profonde de cet examen, — nos confrères de l'armée d'apporter une négligence et une légèreté qui seraient impardonnables, s'il n'était prouvé que toutes ces accusations sont fausses et portées uniquement par ceux qui veulent jeter un discrédit sur tout ce qui touche à l'armée ? Si l'on avait montré dans l'étude de ces questions, l'esprit d'impartialité, le sentiment de la vérité qu'on doit avoir quand on veut réellement et fermement rechercher les améliorations pouvant être faites dans les questions sociales quelles qu'elles soient, on aurait compris que, pour assister utilement les Conseils de revision, il faut une pratique, une habitude qu'on ne peut trouver parmi des confrères civils, même très habiles praticiens, mais ne possédant qu'à de rares exceptions les qualités nécessaires. Trouverait-on des médecins assez au courant des exigences du service militaire pour décider si certaines défectuosités de la constitution sont oui ou non compatibles avec le métier des armes, et pour donner rapidement, mais d'une façon indiscutable, cette conviction aux membres du Conseil, ignorant de ces questions ? On ne saurait nier que, de nos jours, bien peu de médecins connaissent le maniement des instruments permettant de juger du degré de vision ou d'acuité auditive ; et je ne crois pas être injuste en affirmant que la plupart de nos confrères ne s'occupent pas de cette branche de l'art de guérir, qu'ils abandonnent aux spécialistes. En revanche, l'instruction dans ce sens est très largement donnée au Val-de-Grâce aux jeunes médecins militaires ; ils la perfectionnent sans cesse par la pratique dans les régiments ou les hôpitaux ; et l'examen d'aptitude qu'ils doivent subir avant d'être promus à des grades supérieurs, permet de s'assurer qu'ils n'ont rien oublié à ce point de vue. Montrerai-je, enfin, que le médecin militaire doit être au courant de toute la pratique chirurgicale d'urgence, alors même qu'il ne veut pas se spécialiser dans la chirurgie ; qu'il ne doit ignorer ni la médecine infantile, ni les accouchements, puisqu'il est appelé dans sa carrière à soigner les ménages militaires qui sont nombreux, et qui, dans certains régiments, tels que la Garde de Paris, la gendarmerie de la Seine, les pompiers, forment une clientèle qui ne le cède en rien à celle de confrères civils, même très occupés ? Que ceux qui ont versé sur nos camarades les basses injures que nous ne voulons pas même répéter dans ce journal, où la recherche du progrès s'allie avec le respect des opinions de chacun ; que ceux-là, dis-je, se donnent la peine de recueillir le témoignage de toutes ces familles, ceux des populations indigènes et civiles de l'Algérie, et même de beaucoup de garnisons

en province, et ils verront quels services le médecin militaire rend à tous les points de vue, et l'estime dans lequel on le tient !

Ces lignes ne sont pas écrites pour être le panégyrique d'un corps qui n'en a pas besoin, mais pour prouver seulement quelles conditions multiples sont nécessaires dans l'éducation professionnelle du médecin militaire, et pour montrer que le remplacement par des confrères civils et encore moins par des étudiants, comme on l'a proposé, est un non-sens et serait une mesure incompatible avec les exigences du service de santé de l'armée.

La nécessité d'un corps spécial est donc parfaitement démontrée. Je serai bref sur les arguments en faveur du maintien d'établissements spéciaux.

L'obligation d'avoir dans l'armée des installations sanitaires dirigées et contrôlées par l'autorité militaire ressort de cette double considération : le maintien de la discipline ; la surveillance constante que le commandement doit exercer sur les soldats malades ou blessés. Cela suffit pour justifier l'utilité des établissements hospitaliers militaires, que ces établissements soient la propriété du commandement, ou qu'ils lui soient cédés temporairement dans certaines conditions de régie, comme les hôpitaux mixtes.

Ces deux points parfaitement établis, et je crois qu'il ne peut à ce sujet exister aucun doute dans tout esprit impartial et éclairé, nous devons rechercher dans quelles conditions seront installés les établissements hospitaliers et comment sera réparti le personnel indispensable pour leur bon fonctionnement.

Les établissements militaires doivent comprendre :
1° Des salles d'observation dans chaque caserne;
2° Des infirmeries de garnison ;
3° Des hôpitaux mixtes ;
4° Des hôpitaux militaires proprement dits de corps d'armée.

1° *Salles d'observation.* —Je ne suis pas d'avis de conserver les infirmeries de régiment. Je considère comme illogique de placer des malades dans un milieu où ils ne peuvent trouver ni l'isolement ni la tranquillité nécessaires à la diététique des affections, si bénignes soient-elles. En revanche, je crois indispensable d'avoir dans chaque caserne une ou deux chambres de sous-officier réservées, en cas d'urgence, aux hommes indisposés ou blessés et leur permettant d'attendre la visite du médecin sans rester dans les salles communes.

2° *Infirmeries.*— Les infirmeries de garnisons placées autant que possible en dehors de la caserne, seront destinées à donner aux malades les premiers soins en cas d'accidents légers ou d'affection aiguës bénignes. Les militaires peuvent y subir un traitement externe pour des lésions qui ne nécessisent pas une complète interruption de service ; mais dans les cas de maladies aiguës, dès qu'une mise en observation de 48 heures, 3 jours au plus, aura permis de poser un diagnostic positif, le soldat sera envoyé à l'hôpital, où il trouvera un repos et des soins lui permettant de se rétablir plus promptement.

Mais pour que le service de ces infirmeries consiste en une surveillance véritable des malades mis en observation ou soumis à un traitement externe, il est nécessaire qu'il soit confié à un personnel compétent. Voilà pourquoi, comme je l'ai dit dans un précédent article, il faut remplacer les infirmiers régimentaires choisis actuellement parmi les malingres ou les paresseux de chaque régiment, dirigés par un gradé incompétent et sans autorité la plupart du temps, par des infirmiers de profession, ayant suivi dans les hôpitaux une instruction spéciale. Je voudrais que dans chaque infirmerie fût placé un infirmier chef commissionné du grade d'adjudant ou un infirmier-major, aidé d'un sergent ou d'un caporal commissionné et de deux infirmiers. Le service de corvée et de propreté pourrait être assuré par des hommes de troupe. La répartition de ces infirmeries sera en rapport avec l'importance des garnisons.

Une infirmerie de garnison peut suffire, pour une place comportant deux régiments, à plus forte raison pour un seul régiment. Dans certaines garnisons très importantes, comme quelques places de guerre, le nombre des infirmiers de garnison sera calculé d'après ces proportions.

Chaque infirmerie de garnison sera placée sous la surveillance du médecin-chef de la garnison, qui en fait assurer le service par le personnel médical sous ses ordres, de telle façon qu'un médecin assure le service de l'infirmerie et celui du régiment ou des 2 régiments dont elle dépend. La visite dans chaque régiment est faite matin et soir. Les hommes, à moins d'impossibilité absolue, doivent s'y rendre. Le service des marches, des exercices à feu, des désinfections est assuré par le personnel (médecins et infirmiers) placé sous l'autorité du médecin-chef de garnison, suivant l'importance de ce service et sous sa responsabilité. Dans certaines villes ne possédant pas d'hôpitaux, dans les forts éloignés, dans les garnisons de montagnes, les infirmeries peuvent être transformées en infirmeries-ambulances capables d'hospitaliser réellement les malades. Le personnel doit être renforcé et comprendre : 1 infirmier-chef adjudant commissionné — 1 infirmier sergent-major commissionné du cadre des commis aux écritures — 1 caporal et 2 infirmiers.

3° *Hôpitaux militaires.* — Les hôpitaux militaires comprennent :

a) Les hôpitaux mixtes ;
b) Les hôpitaux militaires de corps d'armée.

Les hôpitaux mixtes sont constitués par des salles mises à la disposition du service de santé par les commissions administratives des hôpitaux civils. Cette organisation peut être excellente, à condition que chaque partie intéressée apporte de la bonne volonté ; et l'expérience m'a montré, pendant une chefferie de 4 années à l'hôpital mixte de Tours, que cette manière de faire était réalisable pour le plus graud bien du service. Mais on doit avouer que certaines commissions sont rébarbatives, qu'elles lésinent sur les pansements, l'alimentation, le personnel. Aussi, je crois qu'en principe, il faut leur imposer un personnel d'infirmiers militaires, à raison de 1 infirmier pour 10 malades.

Quant aux travaux de propreté, on peut les confier à des servants civils ou, si on les refuse, à quelques militaires pris dans la garnison. Je pense, du reste, que, dans bien des cas, ces travaux peuvent être réduits à leur strict minimum ; que beaucoup d'entre eux peuvent être exécutés par les malades eux-mêmes. Il appartient au médecin-chef de prendre à ce sujet telle décision qu'il juge convenable ; de ne rien ordonner d'inutile et qui ne soit conforme à une nécessité hygiénique bien évidente. Pour ma part, je n'ai jamais admis dans mon service hospitalier la présence de ces innombrables vases de nuit, de ces pots à tisane individuels, réceptacles de reliquats de tisanes saumâtres. Des water-closets et quelques urinals pour les malades gravement atteints, de grands bidons couverts, pleins d'une boisson rafraîchissante ; quelques tisanes spéciales données par la sœur surveillante et préparées par elle pour les gravement malades, peuvent suppléer à cet amas d'ustensiles individuels dont le nettoyage nécessite une perte de temps considérable ou qui deviennent les réceptacles de miasmes mal odorants, si ce nettoyage est mal fait. Je ne vois guère de grands inconvénients à ce que les malades pouvant se lever depuis quelque temps fassent leurs lits ou nettoient eux-mêmes leurs ustensiles à manger. De même, j'ai toujours proscrit les grands balayages journaliers, les frottages avec déplacement des lits qui durent tout une après-midi et qui sont faits surtout en vue des inspections. En revanche, je faisais procéder à certains moments périodiques à des désinfections totales du matériel par des corvées spéciales. Dans de pareilles conditions, le personnel des infirmiers peut être réduit à son strict minimum et je crois qu'on est en droit de l'imposer aux commissions administratives. Car c'est là un desiderata de cette organisation. Ajoutez que le médecin-chef a besoin d'avoir un employé subalterne qui puisse le seconder utilement comme surveillant de l'hygiène et de la discipline des malades ; et aussi pour l'aider dans les écritures (rapports statistiques).

Je propose donc de mettre à la tête du personnel subalterne : 1 infirmier-chef adjudant ou 1 infirmier sergent-major, en plus des autres gradés ou infirmiers calculés à raison de 1 pour 10 malades et de 1 sergent pour une division.

Dans chaque siège de corps d'armée, la nécessité d'un hôpital militaire proprement dit est absolument indispensable. C'est, en effet, dans cet hôpital que sera centralisé tout le service médical du corps d'armée : laboratoire de bactériologie ; traitement chirurgical des grands blessés ; école d'instruction des infirmiers ; service de la mobilisation.

Pareille organisation concorderait mal avec l'adjonction d'une administration civile. Elle serait entravée par des conflits journaliers qui gêneraient le service, l'autorité militaire étant seule en droit de donner des ordres dans ces établissements. Je crois donc qu'il est nécessaire de doter chaque corps d'armée d'un hôpital militaire parfaitement aménagé. Pour contrebalancer les dépenses occasionnées par la construction de ces nouveaux bâtiments, qui, du reste, ne doivent pas être construits sur les modèles anciens, mais sur les types beaucoup plus économiques et hygiéniques adoptés de nos jours, on pourrait vendre beaucoup d'hôpitaux militaires actuellement existant dans certaines garnisons, et les remplacer par des hôpitaux mixtes suffisants pour le traitement des malades.

Comment sera réparti le personnel médical dans ces différentes formations sanitaires ? Comment pourra-t-on le recruter et l'organiser en corps véritablement scientifique, indépendant, doué, en un mot, de toutes les qualités que nous avons examinées plus haut ? J'étudierai ces questions dans un prochain article en cherchant de quelle façon on peut faire appel à l'élément civil, en alliant les besoins du service militaire avec les intérêts des étudiants en médecine dans la nouvelle loi de deux ans. A. DEMMLER.

REVUE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Rédacteur spécial : M. le Dr RAMOND.

I. — Recherches physiologiques sur quelques ferments du foie ; par J. PERMILLEUX. (Thèse de doctorat, Paris 1904.)

Il est incontestable que le foie joue un rôle capital dans la nutrition, et cependant son action digestive est encore à peine connue. Ce fut A. Bernard qui le premier, en 1848, affirma l'existence de ferments digestifs : et l'on connaît sa mémorable expérience qui démontrait la transformation du glycogène en glucose. Cette conclusion a été tour à tour admise et rejetée. Actuellement, des expériences nombreuses de contrôle permettent d'affirmer que A. Bernard était dans le vrai. Mais on a voulu aller plus loin, et trouver dans le foie une infinité de ferments. Le travail de M. Permilleux, très consciencieusement fait dans le laboratoire de M. Dastre, semble mettre les choses au point. Il est impossible de mettre en évidence dans le foie un ferment protéolytique agissant sur l'albumine, pas plus que la lactose et l'invertine, toutes les fois que l'on expérimente d'une façon aseptique. En revanche, on peut isoler assez facilement l'amylase et la maltase, ce qui vérifie les premières conclusions de A. Bernard.

II. — Sécrétine et entérokynase. Opothérapie intestinale ; par H. BREGEON. (Thèse de doctorat, Paris 1904.)

Jusqu'à ces dernières années, le rôle de la sécrétion intestinale dans la digestion avait été mis au second plan. Il a fallu les très importants travaux du grand physiologiste russe, Pawlow, complétés par ceux de Bayliss et Starling, de Delezenne, d'Enriquez et Hallion, pour rendre toute son importance au suc intestinal. Il est démontré en effet que la sécrétion du pancréas seule est incapable de digérer les divers aliments, il faut que ceux-ci subissent l'action préalable ou concomitante du ferment intestinal, la kinase. Celle-ci, à son tour, est sécrétée en abondance par l'action d'un produit acide duodénal, la sécrétine. La sécrétine ne semble pas être un ferment ; car elle résiste aux hautes températures.

L'avenir thérapeutique de ces deux substances paraît devoir jouer un rôle considérable, le jour où la séméiologie de la digestion intestinale sera parfaitement connue, car il est bien certain que tel dyspeptique est guéri par la kinase, et tel autre n'en retire aucun bénéfice. On est donc obligé de procéder par tâtonnements ; mais peu à peu la clinique établira des règles ; en attendant, on pourra toujours essayer cette médication, puisque ses effets ne sont jamais nocifs.

III. — Absence d'hyperglycémie dans la glycosurie uranique ; par LÉPINE et BOULARD. (*Revue de médecine*, janvier 1904.)

Le propre du diabète est de s'accompagner d'hyperglycémie ; la glycosurie n'en est que la conséquence. Il ne faut donc pas assimiler au diabète certaines glycosuries expérimentales, telle que la glycosurie uranique. Les auteurs ont pu se convaincre, en effet, qu'il n'y a pas d'hyperglycémie, à au-

cun moment de l'expérience. De sorte que cette glycosurie est à rapprocher de celle de la phloridzine, de l'acide chromique, du mercure, etc.

IV. — Recherches sur le processus autolytique ; par SCHLESINGER. (*Hofmeist-Beitr.*, 1903, Bd. 3.)

Salkowski fut le premier à démontrer que les tissus, dont le foie en particulier, abandonnés à eux-mêmes, à l'abri des fermentations microbiennes, subissent une désintégration spontanée, une autolyse. C'est ainsi que le foie renferme rapidement de la leucine, de la tyrosine, du sucre par transformation de son glycogène et de ses albumines. Il y aurait même formation de graisse aux dépens de l'albumine. M. Richet, plus récemment, a constaté que le foie d'un animal, coulé dans de la paraffine fondue, renfermait rapidement plus d'urée qu'avant l'expérience.

Schlesinger confirme la plupart de ces recherches ; il montre que l'autolyse est surtout rapide avec les tissus des animaux jeunes ; et il se demande si certains processus pathologiques, telles que l'atrophie parenchymateuse, ne serait pas la conséquence d'une autolyse.

V. — Hématologie et cytologie cliniques ; par E. LEFAS, 1 vol. 200 p. (Paris, 1904, Baillière, édit.)

Les notions d'hématologie et de cytologie sont indispensables en clinique, depuis que les derniers travaux dus surtout à l'Ecole Française en ont démontré l'importance capitale. Le livre de M. Lefas renferme tous les éléments nécessaires ; divisé en deux parties, qui traitent chacune de l'hématologie et la cytologie, il décrit l'instrumentation spéciale, les techniques les meilleures de coloration, et enfin les résultats désormais classiques des diverses recherches effectuées dans cette voie. De nombreuses figures coloriées et exactes se rencontrent au cours des descriptions, et permettent par leur clarté à tout débutant de pouvoir affronter en toute sécurité la recherche hématologique ou cytologique d'un cas donné.

VI. — Des échanges phosphorés ; par F.-X. GOURAUD. (Thèse de doctorat, Paris, 1903.)

Normalement, le phosphore quitte la cellule à l'état de molécule complexe de phosphore organique ; celle-ci subit à son tour une série de dédoublements et d'hydratations qui l'amènent à l'état de phosphates alcalins et terreux que l'on trouve dans les urines et les fèces. Cette phosphaturie physiologique varie dans la maladie dans les deux sens : l'hypophosphaturie est de régle au cours des maladies aiguës ; si elle est très prononcée, elle devient un signe pronostique fâcheux. L'hyperphosphaturie s'observe dans des conditions variables ; tout d'abord à la convalescence de ces mêmes maladies aiguës qui au cours de leur évolution s'accompagnaient d'hypophosphaturie ; mais une phosphaturie trop prononcée au décours des grandes pyrexies devient à son tour un symptôme fâcheux. A part ces conditions, l'hyperphosphaturie s'observe dans certaines dyspepsies, surtout l'hyperchlorhydrique ; dans la tuberculose, où elle est une complication et non un symptôme ; dans les formes graves du diabète ; dans certains états nerveux, surtout la grande neurasthénie. Quant à la phosphaturie dite essentielle, son cadre diminue de jour en jour au profit d'une des variétés précédentes.

VII. — Etude et interprétation de quelques phénomènes critiques morbides ; par Ch. LAUBY. (Thèse de doctorat, Paris 1903.)

Dans cet important travail, fait en grande partie dans le laboratoire de M. Achard, ce qui est un gage de sincérité et aussi de grand intérêt, l'auteur étudie la nouvelle interprétation de la crise dans la maladie. La crise est l'ensemble des phénomènes qui expriment la résolution des maladies ; les plus importants sont ceux qui résultent de l'étude du sang et des diverses sécrétions, la sécrétion urinaire en particulier. La crise urinaire se manifeste surtout par la crise chlorurique : à la période d'état de la maladie, en effet, le chlorure de sodium est retenu par les tissus, comme le prouvent le dosage des chlorures dans les tissus, dans les urines, l'injection ou l'ingestion expérimentales de sel marin. La crise se présente sous deux aspects : brusque et rapide comme dans la pneumonie et les fièvres éruptives, ou lente et graduelle, comme dans la fièvre typhoïde, la colique saturnine, l'asystolie. Les phosphates suivent en général la même courbe ; mais celle-ci n'est jamais aussi nette ; en revanche, il ne semble pas y avoir de rétention pour les sulfates urinaires.

VIII. — Recherches expérimentales sur les bacilles et la toxine tuberculeuse contenus dans le sperme des animaux tuberculeux; par A. MAFFUCCI. (*Rivista crit. di clin. medica*, 1902, n° 7.)

On a beaucoup discuté et l'on discute encore sur l'hérédité tuberculeuse. Cependant, plusieurs faits sont admis, entre autres que le sperme d'animaux tuberculeux renferme parfois des bacilles tuberculeux. Une chose tout aussi intéressante, et que mettent en lumière les recherches de l'auteur, c'est que le sperme contient de la toxine tuberculeuse. Celle-ci impressionne le produit de la conception et explique en partie les diverses dystrophies para-tuberculeuses ; elle impressionne même défavorablement la mère ; car l'auteur a noté l'amaigrissement rapide, voire même le marasme, chez des lapines ayant reçu soit du sperme de mâle tuberculeux, soit de la toxine tuberculeuse dans le vagin.

IX. — Etat du sang dans la rougeole et la scarlatine infantiles par RECZEH. (*Zeitsch. für klin, Med.* 1902, p. 107).

Dans toute rougeole non compliquée, la formule leucocytaire est simple, les polynucléaires neutrophiles augmentent légèrement de nombre au début, mais ne tardent pas à diminuer dès la période d'état ; tandis que le reste des leucocytes semble suivre une courbe inverse. Une leucocytose sensible annonce une complication.

Dans la scarlatine, il y a leucocytose dès le début de l'affection ; et le retour à la normale ne se produit que vers le 15e jour. De sorte qu'au début la formule leucocytaire pourrait servir à différencier la rougeole de la scarlatine.

X. — Considération sur le diabète. par T. RUMPF. *Zeitsch. f. klin. Med.*, 1902, nos 3-4.)

Ce travail renferme une foule d'aperçus originaux, notamment sur le coma. On considère généralement le coma comme résultant d'une intoxication acide, ce qui ne saurait être pour l'auteur, car les urines, de même que le sérum sanguin, peuvent renfermer de très grosses proportions d'acides oxybutyrique ou autres, sans que le diabétique, en éprouve un malaise quelconque. Ces acides apparaissent dès que le diabétique maigrit. Le coma ne serait qu'une modalité de l'urémie, théorie déjà mise en honneur par Cantani.

XI. — Rohe Milch Sœunglingarhung ; par Ad. CZERNY, de Breslau. (*Ibid.*, février 1902).

L'auteur rappelle d'abord les expériences de Palmer, de Chicago, cité par Jaffa. Sur 700 enfants, nourris, aux plus fortes chaleurs, par du lait de vache cru, il n'y aurait eu que trois décès. De même Monrad, de Copenhague (1), a remarqué que, dans certains cas, le lait cru pouvait guérir certains enfants devenus atrophiques par la cure au lait bouilli ou stérilisé. M. Czerny, lui, recommande le lait de chèvre, comme plus facilement transportable à l'état frais, par l'animal lui-même ; le lait de chèvre cru n'a pas d'avantage ni d'infériorité sur le même lait cuit, mais reste bien inférieur au lait de femme.

XII. — Enteritis membranacea und Colitis mucosa ; par le Dr SCHILLING, de Leipzig. (*Ibid.*, février 1902, p. 65).

D'abord cette remarque que, plus on discute sur les maladies, moins il y a de documents anatomo-pathologiques. Et l'auteur passe en revue les différentes théories étiologiques concernant l'entérite membraneuse et la colite muqueuse.

La thérapeutique est d'ailleurs toujours la même : diète et régularisation des selles, cure d'engraissement, hydrothérapie, bains chauds, frictions chaudes, diète non exclusivement végétarienne, lavements chauds, à 40°, huile de ricin à petites doses, avec rejet des drastiques, des astringents et du massage intestinal.

(1) *Jahrb. für Kinderheilk* Bd. 55, p. 62.

XIII.— Ueber Salysaure produktion und motorische Thatigkeit des normalen menschlichen Magens ; par le Dr Kornemann. (*Arch. für Verd. Krankh.* Bd. VIII, 1902).

C'est un travail fait au laboratoire du Prof. Penzoldt à Erlangen, et portant sur l'activité sécrétoire et motrice de l'estomac de l'homme, à l'état sain.

D'abord un historique, en commençant naturellement par le Maître Penzoldt, puis des résultats de recherches chimico-gastriques, que nous pourrions contester en certains points si le temps et l'espace nous le permettaient. Nous tenons d'ailleurs à signaler le patient travail représenté par cette série d'analyses comparatives minutieuses. Mais il nous paraît difficile de tirer, des mathématiques appliquées à la digestion, des interprétations bien solides.

XIV. — Le glycogène hépatique dans les cirrhoses, par A. Brault. (*Archives de Médecine expérimentale*, juillet 1902.)

Dans toute cirrhose, avant la période cachectique, on observe une surcharge glycogénique des cellules du foie. Le glycogène ne s'observe que dans le protoplasma et non dans le noyau, sous forme de gouttelettes le plus souvent, parfois tellement confluentes qu'elles constituent de véritables plaques. Le glycogène disparaît au fur et à mesure de la destruction de la cellule hépatique; il est par contre très abondant dans les zones en état d'hypertrophie compensatrice. Sa présence donne donc la mesure de la résistance opposée par les cellules à des causes permanentes de destruction. La constatation de cette hyperglycogénie est d'autant plus intéressante, que l'on voit la fonction glycogénique abolie dans un grand nombre de toxi-infections, ainsi que dans les dernières phrases des maladies cachectisantes.

XV. — Contribution à l'étude de l'ictère grave primitif, par Sacquépée. (*Arch. de Méd. expérimentale*, juillet 1902.)

Il résulte du travail de l'auteur que l'ictère grave primitif est une maladie générale de nature infectieuse ; elle provoque des lésions anatomiques contemporaines sur des organes divers. Le syndrome clinique est complexe ; mais la prédominance des symptômes hépatiques et rénaux n'implique aucunement que les autres organes sont indemnes. Ce n'est pas seulement tel ou tel organe qui fait faillite : le foie n'arrête plus les poisons ; le rein élimine peu ou pas du tout ; d'autres organes également à fonction antitoxique sont frappés d'inertie. Nombreuses sont, en effet, les annihilations fonctionnelles ; et chacune d'elles contribue pour sa part à provoquer l'issue fatale.

BIBLIOGRAPHIE

Obstétrique ; par Williams. 1 gros vol. de 900 pages, illustré de 600 fig. et 8 planches en couleur, chez *Appleton* (New-York).

J. W. Williams, le célèbre professeur d'obstétrique de Baltimore, vient de publier son propre enseignement, en un volume merveilleusement édité par Appleton. Cet ouvrage sera lu avec le plus vif intérêt par les accoucheurs de tous pays, car il a le grand avantage de ne pas décrire uniquement les procédés obstétricaux de telle ou telle région, mais il reproduit réellement l'état actuel de l'art des accouchements. Le plan suivant lequel l'ouvrage est compris est absolument nouveau : il a le mérite d'être particulièrement clair et logique. Les figures sont prodiguées à chaque page surtout lorsqu'il s'agit de descriptions histologiques ou de quelque question de mécanisme. La partie qui constitue l'obstétrique opératoire est tout particulièrement développé.

Cyrille Jeannin.

Traité d'accouchements ; par Ahlfeld. Nouvelle édition ; 1 vol. de 800 pages, illustré de 160 fig., chez *Wilh. Grunow*. (Leipzig).

Le prof. Ahlfeld vient de publier une nouvelle édition de son traité « d'obstétrique », ouvrage déjà depuis longtemps classique en Allemagne. Ce traité, dit l'auteur, s'adresse aux étudiants et aux praticiens : et de fait, on y trouve réunis non seulement tous les renseignements pratiques, mais aussi le résultat des plus récents travaux concernant la partie théorique de l'obstétrique. De très nombreuses figures, presque toutes originales, aident merveilleusement à la compréhension du texte. Celui-ci est imprimé en caractères nets, divisé en très nombreux alinéas. Le sujet traité dans chaque paragraphe est indiqué en marge : si bien qu'il est facile de trouver immédiatement le renseignement que l'on cherche. La partie la plus intéressante de l'ouvrage est celle qui se rapporte à la délivrance, les travaux personnels de l'auteur ayant jeté la plus vive lumière sur les connaissances théoriques et pratiques de ce temps capital de l'accouchement. Cyrille Jeannin.

Une esquisse du conflit entre la cellule et le milieu ; par le Dr Legrand.

Dans sa thèse, M. Legrand considère la cellule comme une entité vivante dans un milieu ; il recherche comment elle trouve à l'extérieur l'aliment nécessaire à sa vie, comment aussi elle se protège contre les actions mécaniques et les réactions chimiques qui tendent à la détruire. Considérant les types de multiplication cellulaire comme nécessités par l'adaptation aux conditions variées du milieu, l'auteur attribue aux dégénérescences, graisseuses, granuleuses, hyalines, etc... la valeur d'un remaniement cellulaire à centrosomes innombrables, nécessité par les variations toxiques ou pathologiques du milieu.

Prenant comme exemples deux types cellulaires, la cellule psychique de Cajal et la cellule sexuelle, M. Legrand montre la cellule nerveuse s'abritant contre les variations qui incitent à la multiplication et acquérant ainsi une longévité individuelle et une différenciation d'ordre spécial.

Il nous fait voir également qu'à côté du terme résultant des bipartitions cellulaires, c'est-à-dire la mort individuelle, existe dans le milieu extérieur un aliment idéal, vrai régénérateur, donnant à la cellule qu'il rencontre la propriété la plus merveilleuse, la possibilité de la division : cet aliment c'est le gamète d'un sexe pour le gamète de l'autre sexe.

Dans la partie vraiment médicale de son travail, M. Legrand cherche à appliquer ces idées dans la conception du processus néoplasique : attribuant aux cellules embryogéniques des aptitudes spéciales étendues, il se demande si l'embryon, terme le plus parfait, ne serait pas la résultante d'aptitudes parfaites tandis qu'à des aptitudes nulles ou faibles correspondaient les monstres, les tératomes, les tumeurs. « La cellule néoplasique serait une cellule nouvelle, créée par une variation du milieu, incitée à la repullulation pour s'adapter au milieu, repullulation intérieure de l'organisme qui le porte, ayant le temps de s'adapter à ce milieu et de devenir typique (tumeur bénigne) en n'en ayant pas le temps et restant atypique jusqu'à la mort de l'individu (tumeur maligne). »

L'hémolyse et la mesure de la résistance globulaire ; par P. Ribierre. Th. Doct. (Paris, 1903, Rousset, éd.)

Les travaux de Hamburger, Gryns, Nolf, ont démontré que la destruction globulaire ou hémolyse obéit aux lois de l'osmose. Mais le stroma globulaire n'est point une simple membrane dialysable passive, cette membrane subit souvent telles modifications qui augmentent ou diminuent sa perméabilité. Ainsi, dans l'ictère, Hamburger, Vaquez, ont prouvé que la résistance des globules rouges augmente, et d'une façon précoce. Cette augmentation est d'autant plus marquée que l'ictère est plus ancien, plus intense ou accompagné de phénomènes d'infection grave. D'où la nécessité, en clinique, de mesurer cette résistance globulaire.

Le mécanisme du bruit de galop ; par H. Chauveau. Th. Doct. (Paris, 1902, Asselin et Houzeau, éd.)

La diastole du ventricule est considérée à tort comme une période de repos absolu du cœur ; les recherches de l'auteur prouvent en effet que, durant cette période ou intersystol, il se produit des phénomènes actifs (contraction de l'oreillette et des muscles papillaires) assez forts dans certains cas pour se traduire extérieurement sur les cardiogrammes par des ondulations plus ou moins accentuées, et à l'oreille qui ausculte, par des bruits sourds bien distincts des claquements valvulaires. Le bruit de galop est précisément produit par l'exagération de ces phénomènes actifs, qui, trop peu sensibles à l'ordinaire pour être entendus, s'accentuent au point de devenir sonores et tactiles. Le bruit de galop ne serait donc que l'accroissement d'un phénomène normal.

Un cas de lipémie diabétique dans les vaisseaux rétiniens ; par W. H. White. (*The Lancet*, 10 oct. 1903.)

La lipémie intra-oculaire fut signalée d'abord par Heyle en 1880 ; mais cette complication est fort rare au cours du diabète, puisque depuis cette époque, White n'a pu en trouver que quatre nouveaux cas. Celui qu'il rapporte a trait à un jeune diabétique de 26 ans, dont les urines renfermaient dans les 24 heures environ 150 gr. de sucre, et 10 à 13 gr. d'albumine. Celle-ci ne tarda pas à disparaître. De plus le sérum examiné 3 mois avant la mort renfermait de nombreuses gouttelettes graisseuses, à l'ophtalmoscope on voyait les vaisseaux rétiniens jaune pâle, comme injectés par de la graisse, alors que la rétine présentait une faible coloration saumonée.

Spondylose rhizomélique ; par le Dr Lépine. (*Société nationale de médecine de Lyon*, 7 janvier 1901.)

M. Lépine fait une communication exclusivement critique sur la spondylose rhizomélique.

C'est une maladie qui n'est pas rare, car on a publié au moins 300 observations depuis le mémoire du Marie. Il s'agit simplement d'une rigidité douloureuse, chronique et incurable de la colonne vertébrale et des articulations coxo-fémorales. Les causes sont : le rhumatisme chronique, la blennorragie très fréquemment, quelquefois le traumatisme ; parfois, il n'y a pas de cause connue. Dans certains cas, un grand nombre d'articulations sont intéressées. M. Lépine critique la dénomination adoptée par Marie. Elle n'est pas claire, car on n'y trouve pas l'indication de la rigidité. De plus, il n'est pas vrai que la rigidité occupe seulement la colonne vertébrale et la racine des membres.— S'il est vrai, que les articulations coxo-fémorales sont ordinairement, prises, les genoux le sont aussi habituellement et, par contre, les articulations scapulo-humérales sont très rarement atteintes. Les petites articulations des doigts sont souvent intéressées et la temporo-maxillaire est une des articulations le plus souvent touchée — Marie refuse de faire rentrer les cas de Bechterew dans la spondylose rhizomélique et ne reconnaît pas non plus l'influence de la blennorragie, à laquelle la plupart des auteurs reconnaissent une influence étiologique considérable. C'est vraisemblablement la toxine gonococcique qui est la cause des artropathies. En ce qui concerne le traitement, ce qui réussit le mieux à soulager les malades, c'est la révulsion et la sudation provoquée au besoin par la pilocarpine. Les bains de vapeur sont utiles aussi, mais, en somme, la thérapeutique est très désarmée.

En résumé, la dénomination imposée à ce type morbide est vicieuse, la circonscription des symptômes y est arbitraire et la détermination de l'espèce est inexacte. G. C.

AVIS TRÈS IMPORTANT. — Tout ce qui concerne la Rédaction et l'Administration doit TOUJOURS être adressé aux bureaux du journal, 14, *rue des Carmes*.

VARIA

Des intoxications par le naphtol camphré.

M. Guinard (*Presse Médicale*, du 18 mai 1904) rapporte l'observation suivante : Un jeune homme de vingt-huit ans entre dans son service avec une tuberculose ganglionnaire de la région sus-claviculaire droite. L'état général est bon, malgré un sommet droit suspect. Suivant une pratique courante dont il a usé une centaine de fois sans observer le moindre incident, M. Guinard ponctionne cet abcès froid ganglionnaire avec le gros trocart et 25 cc., de napthol camphré, Tout se passe aussi correctement que possible : le pus n'est nullement coloré par le sang ; le trocart ne se bouche à aucun moment, et on n'a eu à faire aucune manœuvre inaccoutumée. L'opération terminée, M. Guinard se retourne pour se laver les mains et le malade se confond en remerciements. Tout à coup, l'interne s'écrie : « Le malade a une attaque d'épilepsie ! » L'injection n'était pas faite depuis 5 minutes. Cri du début, morsure de la langue, écume sanguinolente aux lèvres, tout y était, sauf la paralysie des sphincters. Songeant à la possibilité d'une intoxication médicamenteuse. M. Guinard incise aussitôt la poche et évacue son contenu avec soin par lavage. Une seconde crise épileptiforme survient, une troisième .... une huitième, une neuvième et le malade succombe au bout de trois quarts d'heure, malgré tous les traitements usités en pareil cas.

M. Guinard a cherché, à cette occasion, les faits qu'on rencontre dans la littérature médicale, et il a réuni ainsi 5 cas de mort rapide après injection de naphtol camphré, ce qui, avec le cas précédent, porte le nombre de morts à 6 : en outre, il a trouvé 14 observations dans lesquelles des accidents graves ont suivi une injection de naphtol camphre au total, 20 observations qui montrent tout le danger de ce médicament. (*Les nouveaux remèdes*, du 8 septembre.)

A propos de l'obésité.

L'obésité a des avantages, en voici un : en 1520, un homme noble, du Danemark, qui, pour l'instant, vivait à Stockolm, fut saisi par l'ordre de Christian II, de Danemark. Quand on voulut le faire entrer dans la prison, la porte se trouva trop petite ; ses gardiens n'avaient pas un instant à perdre ; il leur fallait à l'instant appliquer la torture à d'autres personnes ; ils l'abandonnèrent après l'avoir poussé dans la porte en conscience.

Faut-il rappeler la corpulence, la bonhomie, l'indulgence du pape Léon X. Il devient si gros que le dicton : « gras comme le pape Léon » resta populaire à Rome pendant plusieurs générations. L'Angleterre n'a pas failli à la tâche de produire, elle aussi, de gras hommes, des hommes énormes. Tel Edward Bright, de Madden, qui mourut en 1750, à l'âge de 30 ans : il pesait 42 stones et demie (250 kilos) ; il laissait sa femme grosse de son sixième enfant. Mais le heros de l'adiposité est l'anglo-saxon Daniel Lambert. Il naquit à Leicester en 1770. A 14 ans, il n'avait rien de particulier ; à 23 ans, il était un peu gros, pesant 52 stones (300 kilos). Depuis quelque temps, il avait perdu tout espoir de maigrir. (*Revue française de méd. et de chir.*).

LES CONGRÈS

Association française d'Urologie (20-22 octobre 1904). — La huitième session se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du 20 au 22 octobre 1904, sous la présidence de M. le Professeur Guyon. Secrétaire général : M. E. Desnos, 59, rue de La Boétie, Paris.

Congrès Français de médecine ; 7e Session (Paris, 24-27 octobre 1904.) — Ce Congrès se tiendra cette année à Paris, du 24 au 27 octobre inclusivement, sous la présidence du professeur Cornil. Pour les renseignements et les communications, s'adresser à M. le Dr Enriquez, secrétaire général adjoint, 8, avenue de l'Alma.

1er Congrès International d'assainissement et de salubrité de l'Habitation (Paris, octobre 1904.) — La Société Française d'Hygiène a pris l'initiative d'un Congrès d'Assainissement et de Salubrité de l'habitation qui se

réunira à Paris du 15 au 20 octobre prochain. Les communications et demandes de renseignements doivent être adressées au Secrétaire général du Congrès, M. F. Marié-Davy, 7, rue Brézin, Paris (14e Arrond.).

Congrès international de Sauvetege et de Secours publics.

(25 septembre au 2 octobre.)

L'ouverture du *Congrès de Sauvetage et de Secours publics* aura lieu au Grand Palais des Champs-Elysées le 25 septembre prochain sous la présidence de M. le Dr Piettre, sénateur, et de M. Féron député, assistés du Dr Frébault ; délégué général, du Dr Grunberg, secrétaire général et du Dr Cornet, trésorier du Comité d'organisation.

Le Congrès est divisé en 6 sections : 1o Sauvetage fluvial ; président : Dr Piettre, sénateur ; 2o Sauvetage en cas d'incendie, avant l'arrivée des pompiers, président : M. Guesnet ; 3o Sauvetage maritime ; président d'honneur : Vice-Amiral Duperré ; président : M. André Lebon, ancien ministre, président de la Compagnie des messageries maritimes ; 4o Secours sur la voie publique, dans les théâtres, les voies ferrées ; président d'honneur : docteur Thoinot, directeur des secours publics à Paris ; président Dr Floquet, médecin en chef du Palais de justice ; 5o Sauvetage en temps de guerre terrestre et maritime ; président : Dr Bazy, chirurgien des hôpitaux ; 6o Secours dans les usines ; président M. Dumont président de l'Association des industriels de France.

Toutes les communications intéressant le Congrès doivent être adressées au Dr Grunberg, secrétaire général du Comité d'organisation et les adhésions au Dr Cornet, au Grand-Palais des Champs-Elysées.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Un cours de vacances, commençant le 19 septembre et comprenant 18 leçons, aura lieu à l'amphithéâtre et au laboratoire de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu sous la direction de M. le prof. Dieulafoy, le matin de 10 heures à 11 h. 1/2. Ce cours aura pour programme :

1o Les méthodes d'investigation clinique applicables à l'examen des malades ; — 2o L'exposé des principaux procédés de recherches bactérioscopiques, cytoscopiques, uroscopiques et hématoscopiques applicables au diagnostic clinique ; — 3o Les principales indications des grandes médications (thoracentèse, ponction lombaire, bains froids, etc.)

L'enseignement, essentiellement pratique, sera fait par les Drs Griffon, chef de clinique ; Nattan-Larrier et Lœper, chefs de laboratoire ; Bonnier, Déhu et Lacaille, assistants ; O. Crouzon, ancien interne, et Gaultier, interne du service. Le montant des droits à acquitter est de 50 fr.

Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit. Les bulletins de versement relatifs au cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les mardis, jeudis, samedis, de midi à 3 heures (guichet no 3).

Association d'enseignement médical professionnel.

Cours de vacances.

(Vacances 1904.)

Du lundi 19 septembre au samedi 1er octobre, des cours et démonstrations pratiques, dont la liste suit, se feront à l'hôtel des sociétés Savantes, rue Serpente et dans différents services.

1o A l'Hôtel des sociétés Savantes, rue Serpente : Bactériologie, Dr Veillon. — Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique, Dr Leredde ; — Massage, Dr Marchais. — Maladies des voies urinaires, Dr Noguès. — Electrothérapie, Dr Zimmern. — Accouchements, Dr Dubrisay. — Maladies nerveuses, Dr Sollier. — Hygiène et thérapeutique infantiles, Dr Lesné.

2o Dans différents services. — Gynécologie, Dr Arrou (Saint-Antoine). — Chirurgie pratique, Dr Souligoux (Lariboisière). — Auscultation, Dr Caussade (Tenon). — Maladies de l'estomac, Dr Soupault (Bichat). — Oto-rhino-laryngologie, Dr Laurens (Bichat). — Ophtalmologie, Dr Morax (Lariboisière).

Le droit d'inscription pour chaque cours (qui comprendra en moyenne 8 à 10 leçons) est fixé à 20 francs, payables en s'inscrivant. On peut s'inscrire par correspondance. Les programmes détaillés seront envoyés sur demande. — Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser au Dr Marchais, hôtel des Sociétés Savantes, rue Serpente.

Association française de chirurgie.

(17e congrès, 17-22 octobre 1904).

Le 17e Congrès de l'Association Française de Chirurgie, s'ouvrira à Paris, à la Faculté de Médecine, le lundi 17 octobre 1904, sous la présidence de M. le Dr S. Pozzi, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de Médecine, chirurgien de l'hôpital Broca. Trois questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès : 1o Traitement chirurgical de la cirrhose du foie, rapporteur : M. Monprofit, d'Angers. — 2o Valeur séméiologique de l'examen du sang en chirurgie, rapporteur : M. Tuffier, de Paris. — 3o Décollement traumatique des épiphyses, rapporteur : M. Kirmisson, de Paris. Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser à M. le docteur Walther, secrétaire général, 21, boulevard Haussmann, à Paris.

Pendant toute la durée du Congrès, une *Exposition d'Instruments de Chirurgie* et *d'Objets de Pansements* sera installée dans le grand vestibule de la Faculté de Médecine. Des vitrines seront mises à la disposition des Membres du Congrès, pour exposer les instruments et les appareils nouveaux qu'ils désireraient présenter. *Les Membres du Congrès* qui ont l'intention d'exposer sont priés de vouloir bien en informer *immédiatement* le Secrétaire général (M. le Dr. Ch. Walther, 21, boulevard Haussmann, à Paris), en indiquant la nature des objets exposés et, pour les grands appareils, la surface nécessaire.

FORMULES

X. — Traitement des cors et durillons.

(Vigier.)

Ramollir le cor en le recouvrant d'un morceau de flanelle enduite de savon noir additionné d'un peu d'esprit-de-vin. Racler ensuite avec une curette ou un canif. On peut aussi appliquer tous les soirs, pendant huit jours, sur le cor une couche du collodion suivant :

Extrait alcoolique de cannabis indica.. .	0 gr. 50 centigr.
Acide salicylique......................... }	àà 1 gr.
Alcool à 90o.. .... }	
Ether à 62o..........................	2 gr. 50
Collodion élastique..........................	5 gr. (1)
F. S. A.	

Le huitième jour, bain de pied chaud et prolongé dans lequel, avec l'ongle ou un grattoir, on détache la masse du collodion, laquelle entraîne avec elle la plus grande partie, sinon la totalité du cor. Si c'est nécessaire, on recommence. Remède vulgaire et assez efficace : mettre sur le cor des rondelles de citron, pendant une ou plusieurs nuits de suite. Encore collodion cantharidé, emplâtres à l'acide salicylique.

N'employer ces divers caustiques qu'avec une extrême prudence. Encadrer les cors très douloureux dans des anneaux spéciaux en amadou ou en caoutchouc (corn-plaster). Quand le cor siège entre les orteils, l'isoler au moyen d'un linge fin ou d'une feuille de ouate saupoudrée de tanin, d'alun ou d'oxyde de zinc. *(Journ. d'accouchements.)*

École du service de santé. — Voici la liste, par ordre de mérite, des candidats admis à l'Ecole du service de santé militaire :

MM. Scherrer, Trabaud, Louis Guerrier, de Vezeaux de Lavergne, Monloud, Delacroix, Gillain, Heymann, Rivay, Barbier, Debombourg, Pierron, Riss, Benazet, Garnier, Labastie, Villemin, Moner, Bergeret.

MM. Izard, Laurent, Momy, Lubet, Bourguignon, Chatinières, Rigaux, Blau, Audet, Plasson, Mallet, Sarda, Buffe, Gaud, Lheureux, Basque, Maupin, Potier, Blanc, Curet.

MM. Morel, Thurel, Gollcye, Meslin, Combe, Sorla, Nenon, Druard, Badié, Bouchet, Claret, Raison, Lambert des Cilleuls, Fouques, Baverey, Graindorge, Junquet, Servent, Rault, Christol.

Les trente premiers élèves ci-dessus nommés devront se présenter à ladite école à Lyon, le jeudi 20 octobre, à huit heures du matin, et les trente autres le même jour, à deux heures de l'après-midi.

(1) Il s'agit là d'une formule qui nous avons donnée autrefois, mais que nous croyons bon de reproduire.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 28 août au samedi 3 septembre 1904. les naissances ont été au nombre de 999, se décomposant ainsi : légitimes 765, illégitimes 234.

Mortalité a Paris. — Population d'apres le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les déces ont été au nombre de 803, savoir : 432 hommes et 371 femm s. Les décés sont dus aux causes suivantes : Fievre typhoide (typhus abdomin.) : 7. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 1. — Rougeole : 3 — Scarlatine : 2 — Coqueluche : 10. — Diphtérie et Croup : 2. — Grippe : 10. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 2. — Autres maladies épidémiques : 5. — Tuberculose des poumons : 155. — Tuberculose des méninges : 14. — Autres tuberculoses : 13. — Cancer et autres tumeurs malignes : 75. — Méningite simple : 18. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 50 — Maladies organiques du cœur : 39. — Bronchite aiguë : 9. — Bronchite chronique : 10. — Pneumonie : 27. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 49. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 2. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 3 : autre alimentation : 81. — Diarrhée et enterite de 1 à 2 ans : 7. — Hernies, obstruction intestinale : 5. — Cirrhose du foie : 14. — Néphrite et mal de Bright : 24. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 2. — Septicémie puerperale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 0. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : 23. — Débilité sénile : 26. — Morts violentes : 30. — Suicides : 14. — Autres maladies : 86. — Maladies inconnues ou mal définies : 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 68, qui se décomposent ainsi : légitimes 50, illégitimes 18.

Asile public d'aliénés de Lesvellec (près Vannes). - Une place d'Interne titulaire en Médecine et deux places d'Interne provisoire sont actuellement vacantes à l'Asile public d'Aliénés de Lesvellec. Les candidats sont invités à produire à l'appui de leur demande : 1° un extrait de naissance ; 2° un certificat d'Inscriptions de Doctorat, au nombre de 12 au moins ; 3° Un certificat des examens subis et, s'il y a lieu, du stage qu'ils ont pu faire dans un Asile (cette dernière condition n'est pas indispensable). Les internes sont nommés par M. le Préfet du Morbihan, sur la présentation du Directeur, pour une durée de trois ans. Ils auront, pendant la durée de leur internat, toutes facilités pour se présenter aux examens du Doctorat auxquels ils seront astreints. Les avantages consistent en : nourriture (table de 1re classe du régime des Asiles), logement, éclairage, chauffage, blanchissage et une indemnité annuelle de 700 francs. Les Docteurs en médecine peuvent poser leur candidature à l'Internat. Les Internes, devenus docteurs, continuent leurs fonctions s'ils le désirent. Les Internes provisoires remplacent, en cas d'absence ou d'empêchement, les titulaires avec tous leurs avantages. Les demandes doivent être adressées à M. le Directeur de l'Asile de Lesvellec (Morbihan).

Chronique des Hôpitaux.

Concours pour les prix a décerner aux élèves externes en médecine pour l'année 1904-1905 et la nomination aux places d'élève interne en médecine vacantes le 1er mai 1905. — L'ouverture du concours pour les prix de l'internat et la nomination des internes aura lieu le lundi 19 décembre 1904, à midi précis. Les élèves seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 3 heures, depuis le mercredi 2 novembre jusqu'au mercredi 30 du même mois inclusivement. Un avis ultérieur indiquera le lieu où les Candidats devront se réunir pour la première épreuve. Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les Candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours. Un numéro d'ordre qui leur sera remis à l'entrée déterminera la place qu'ils devront occuper pour rédiger leur composition. La lecture des compositions ainsi que l'épreuve orale auront lieu dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies des organes génito-urinaires.

Livres en vente au *PROGRÈS MÉDICAL*

BAZY (P.). De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie chez l'homme. In-8 de 86 pages. Edition Doin de 1883. Prix .... 1 fr. 50 c.

BERLIN. Le lavage de la vessie. In-8 de 16 pages. Edition Gauthier, de Nice 1889. Prix .... 0 fr. 50 c.

BOISSARD (Al.). Etude sur les troubles de la miction se rattachant aux divers états physiologiques de l'utérus. Un volume in-8 de 116 pages. Edition Delahaye de 1883. Prix .... 1 fr. 50 c.

BRAQUEHAYE (J.). De la valeur de l'électrolyse linéaire dans le traitement des rétrécissements de l'urètre. In-8 de 26 pages. Edition Féret, de Bordeaux, 1890. Prix .... 0 fr. 50 c.

CIVIALE (J.). Collection de calculs urinaires et d'instruments de chirurgie. Un volume in-8 de 80 pages. Edition J. Rothschild de 1869. Prix .... 1 fr. 50 c.

DEBIERRE (Ch.). Développement de la vessie, de la prostate et du canal de l'urèthre. Un volume in-8 de 104 pages. Edition Doin de 1883. Prix .... 1 fr. 50 c.

DELEFOSSE. Uréthrotomie externe pour deux rétrécissements, puis cathétérisme rétrograde avec taille hypogastrique, guérison. In-8 de 32 pages. (Extrait des *Annales des maladies des organes génito-urinaires de* 1889). Prix .... 0 fr. 50 c.

FÉLIZET (G.). De la circoncision, indication et manuel opératoire. Un volume in-8 de 48 pages. Edition Masson de 1891. Prix. 0 fr. 75 c.
GUYON (Félix.). Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. Un volume in-8 de 998 pages. Edition J.-B. Baillière de 1881. Prix.......... 10 fr.
LAVAUX (J.-M.). Du lavage de la vessie sans sonde à l'aide de la pression atmosphérique, ses usages, son application au traitement des cystites douloureuses. Un volume in-8 de 146 pages. Edition Steinheil de 1888. Prix.......... 2 fr.
MARTINEAU. Leçons sur la vaginite non blennorrhagique. In-8 de 44 pages. Edition Delahaye de 1884. Prix.......... 0 fr. 75
MONVENOUX (F.). Les matières grasses dans l'urine. Deux volumes in-8 de 512 pages chacune. Edition Masson de 1884. Prix. 6 f.
NORSTRØM (G.). Massage dans les affections du voisinage de l'utérus et de ses annexes. Un volume in-8 de 142 pages. Edition Babé de 1892. Prix.......... 2 fr.
GUILLON (J.-G.). Contribution à la chirurgie des voies urinaires. Un volume in-8 de 234 pages. Edition J.-B. Baillière de 1879. Prix.......... 3 fr.
POLAILLON. Quelques considérations sur le traitement du cancer de l'utérus. In-8 de 40 pages. (Extrait des *Annales de gynécologie de* 1882). Prix.......... 0 fr. 75 c.
POUSSON (Alfred). Traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie. Un volume in-8 de 156 pages. Edition Steinheil de 1889. Prix. 2 fr.
REGINALD HARRISON. On some recent advances in the surgery of the urinary organs. In-8 de 30 pages. Edition Churchill de Londres de 1883. Prix.......... 0 fr. 50 c.
RELIQUET. Rétrécissements péniens compliqués de cowpérites suppurées, uréthrotomie interne. In-8 de 14 pages. (Extrait de l'*Union médicale de* 1887). Prix.......... 0 fr. 50 c.
ROY (M.-J.). La tunique vaginale préexiste-t-elle au testicule dans le scrotum ? In-8 de 16 pages. Edition Manceaux, de Bruxelles. Prix. 0 fr. 50 c.
THOMPSON (Henry). Leçons sur les tumeurs de la vessie. Trad. Jamin. Un volume in-8 de 248 pages. Edition J.-B. Baillière de 1885. Prix.......... 3 fr.
TRIPIER (A.). Voltaïsation uréthrale. In-8 de 16 pages. (Extrait de la *Revue internationale d'Electrothérapie de* 1891). Prix. 0 fr. 50 c.
VLACCOS (De). De la suture primitive de la vessie à la suite de la taille hypogastrique. In-8 de 64 pages. Edition Jouve de 1891. Prix. 1 fr.
WALLICH (Victor). Recherches sur les vaisseaux lymphatiques sous-séreux de l'utérus gravide et non gravide. In-8 de 54 pages avec planches. Edition Steinheil de 1891. Prix.......... 1 fr.

BURET (F.). **Du diagnostic de l'ectopie rénale.** Volume in-8 de 92 pages. — Prix : 3 fr — Pour nos abonnés.......... 1 fr.
CAPITAN (L.). **Recherches expérimentales et cliniques sur les albuminuries transitoires.** Brochure in-8 de 150 pages. Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés.......... 2 fr.
FÉRÉ (Ch.) **Du cancer de la vessie.** Un volume in-8 de 144 pages. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés.......... 1 fr.
KUCHARZEWSKI (H.). **Un cas de blennorrhagie compliqué de rhumatisme, de troubles nerveux et d'iridocyclite.** Brochure in-8 de 8 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés.......... 35 c.
MONOD (E.). **Etude clinique sur les indications de l'uréthrotomie externe.** Un volume de 168 pages, avec un tableau. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés.......... 2 fr.
PICARD (H.) **Des sondes et de leurs usages.** Brochure in-8 de 16 pages. — Prix.......... 75 c.
PICARD (P.). **Des bougies et de leurs usages.** Brochure in-8 de 11 pages, avec 24 figures. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés. 50 c.
PICARD (H.). **Des lithotriteurs et de leurs usages.** Brochure in-8 de 19 pages, avec 18 figures.—Prix : 75 c.—Pour nos abonnés 50 c.
POINSOT (G.). **Contribution à l'histoire clinique des tumeurs du testicule.** Brochure in-8 de 28 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés.......... 70 c.
RELIQUET. **Persistance du canal de Muller (Hydronéphrose du rein et de l'urètre droits, pyélo-néphrite calculeuse du rein gauche très hypertrophié).** Brochure in-8 de 23 pages, avec 3 figures. Prix : 75 c. — Pour nos abonnés.......... 50 c.
RELIQUET et GUÉPIN. **Faux rétrécissements de l'urèthre.** Brochure in 8 de 46 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. 70 c.
SINETY (de). **Des inflammations qui se développent au voisinage de l'utérus considérées surtout dans leurs formes bénignes.** Brochure in-8 de 16 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. 35 c.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES, CLERMONT (OISE).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

3e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XX. No 39. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 24 SEPTEMBRE 1904

Le Progrès Médical

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE
de M. le Dr GALEZOWSKI

—

Le glaucome : pathogénie et traitement.

Leçon recueillie et publiée par le Docteur **A. BEAUVOIS**

Messieurs,

Peu d'affections ont donné lieu à autant de discussions que le glaucome. Pathogénie et traitement ont été et sont encore l'objet de nombreuses controverses. Il en sera encore longtemps ainsi probablement, car le sujet est des plus difficiles et la solution d'un tel problème est bien faite pour exciter la sagacité des chercheurs.

Je vous ai décrit précédemment l'allure générale et la marche de cette redoutable maladie. Il me faut aujourd'hui vous expliquer les différentes théories qui depuis plus de 50 ans ont tenté son explication. Je ne m'attacherai pas d'ailleurs à un exposé historique complet : je passerai seulement en revue les principales de ces théories pathogéniques, je vous donnerai mon opinion particulière et je vous indiquerai le traitement des différentes formes du glaucome.

Est-il besoin de remonter très loin dans l'histoire, en cette question du glaucome. Je ne le pense pas, Messieurs, bien qu'on pourrait trouver dans nos vieux auteurs d'utiles enseignements.

Pour ne pas dépasser le XVIIIe siècle, je vous dirai toutefois que Brisseau, Saint-Yves, Wenzel, Desmonceaux considérèrent le glaucome soit comme la conséquence d'une affection du vitré, du cristallin, de la choroïde, ou de ces différentes membranes à la fois.

Desmonceaux (1786), qui consacre quatre pages au glaucome, dit avoir rencontré, à l'autopsie, des lésions choroïdiennes, mais ces lésions sont secondaires à l'altération du vitré qui est la cause de tout le mal.

Il le range d'ailleurs dans la même catégorie d'affections de la « goutte sereine » et déclare qu'aucun remède ni opération ne peut guérir les malades qui en sont atteints.

Desmarres lui-même n'était pas plus fixé sur sa nature puisque, dans son « Traité des maladies des yeux » (1847), il le range dans les maladies générales du globe, pour ne pas paraître accepter une des théories cristallinienne ou vitréenne.

C'est à Mackenzie et surtout à de Græfe qu'on doit les premières données fermes sur le glaucome. La connaissance de l'hypertonie (1) et de ses conséquences sur l'œil est un premier pas dans la voie de la vérité. L'ophtalmoscope permettant enfin des recherches plus précises, l'étude du glaucome entra dans une phase nouvelle.

Il apparut clairement aux observateurs qu'il fallait porter les recherches vers les organes de sécrétion des liquides intraoculaires. Les enveloppes de l'œil d'une part restant les mêmes, il était de toute évidence que le volume du liquide contenu dans l'organe augmentant, l'hypertonie devait se produire. C'était là à vrai, dire, une conception simpliste, puisque c'était ne rien expliquer du tout. Ce fut cependant le concept principal de nombreuses théories que je vous indiquerai en les critiquant et en les rapportant à leurs auteurs. C'est donc le rapport entre la sécrétion des liquides et l'excrétion, entre l'apport et la sortie qui règle le degré de tension de l'œil. L'hypertonie existant, ou bien, il faut admettre qu'il y a augmentation des liquides sans augmentation correspondante de l'excrétion, ou bien sans afflux du liquide, il s'est produit une diminution dans la sortie des liquides.

De nos jours, on est allé beaucoup plus loin dans la voie des recherches et on s'est mis à étudier la composition de ce liquide même en comparaison de la tension sanguine et en fonction de l'état des reins.

Quoiqu'il en soit, de nombreux auteurs expliquèrent à leur manière l'hypertonie en la faisant dépendre de l'augmentation du liquide intra-oculaire.

De Graefe incriminait une inflammation choroïdienne. Mais l'ophtalmoscope ne décèle rien de particulier du côté de cette membrane, au moins dans le plus grand nombre de cas. D'ailleurs, nous voyons tous les jours des choroïdites sans accompagnement d'hypertension du globe. L'hypothèse de la choroïdite séreuse sans modifications anatomiques appréciables ne nous séduit plus. Aussi bien de Græfe a-t-il

(1) Bien que ce soit de Græfe qui ait insisté sur le symptôme capital du glaucome l'hypertonie, il est juste de signaler que certains auteurs l'avaient déjà indiquée, par exemple Platuer en 1745 (in Panas et Rochon-Duvigneaud : *Le Glaucome*, page 89.

assez fait pour attacher son nom au glaucome par la découverte de sa méthode d'iridectomie.

Reprenant les idées de MACKENZIE, DONDERS imagina l'hypothèse de la névrose sécrétoire. Pour lui, c'est le trijumeau qui est l'agent de cette hypersécrétion Inutile, dès lors, de chercher dans une des membranes de l'œil une inflammation qui explique l'hypertension. D'après DONDERS, la section du trijumeau détermine l'hypotonie, tandis que la section du sympathique cervical n'a aucune influence. De nombreux expérimentateurs s'appliquèrent à vérifier les théories de Donders et de multiples recherches furent commencées dans ce sens. Elles ne donnèrent pas, malheureusement, de résultats probants. De notables divergences non seulement dans les explications, mais même dans les faits furent indiquées et l'action des troubles vaso-moteurs sur la tension intraoculaire est encore à connaître. Nous verrons toutefois qu'on a essayé de tirer de ces recherches une méthode thérapeutique du glaucome, et qu'on a voulu substituer à l'iridectomie la section du sympathique cervical.

Très voisine de la précédente, la théorie de STELWAG n'invoque plus une hypersécrétion, mais une augmentation de la tension des vaisseaux intraoculaires.

Le siège de cette tension exagérée se trouve dans l'uvée, qui est la partie de l'œil la plus riche en vaisseaux sanguins. Cette théorie avait le grand défaut de ne pas s'occuper des voies d'excrétion du liquide, car, à l'état normal, à une augmentation du liquide intraoculaire correspond une excrétion plus accentuée.

C'est justement de ce côté, Messieurs que se dirigèrent les investigations des savants. Les voies d'excrétion de l'œil furent étudiées avec soin par SCHWABB, KNIES, ULRICH, LEBER et STILLING, etc.

Il importe ici, Messieurs, que je vous résume sommairement ce que nous connaissons des voies d'excrétion oculaire.

L'anatomie vous a appris la constitution de l'importante région du limbe scléro-cornéen et la présence du canal de Schlemm et du tissu trabéculaire voisin. Je vous conseille très vivement l'étude de cette partie de l'œil, car elle est de la plus haute importance au point de vue physiologique et au point de vue thérapeutique. Je suis obligé aujourd'hui de ne vous parler que de la physiologie de cette région.

Ce sont principalement les vaisseaux de l'uvée qui fournissent les liquides intraoculaires. Vous savez que sous ce nom on entend toutes les membranes moyennes de l'œil (choroïde, iris, procès ciliaires. Vous comprendrez facilement cette dénomination si je vous dis que lorsque, d'un globe oculaire, on a enlevé avec précaution la sclérotique et la cornée, on obtient une petite sphère noirâtre semblable à un grain de raisin (uva) d'où son nom.

Mais les liquides ainsi sécrétés ne sont pas immobiles et stagnants, ils se meuvent dans un certain sens, suivant un véritable courant. Il y a donc dans l'œil un renouvellement constant des milieux, et le problème consistait à chercher les voies d'excrétion.

SCHWALBE, et d'autres avant lui, admettaient que les liquides intraoculaires passaient de la chambre antérieure de l'œil dans le canal de Schlemm. SCHWALBE pensait que cette pénétration se faisait grâce à des orifices situés sur la paroi interne de ce canal, orifices qu'il assimilait à de véritables abouchements de lymphatiques.

Ce mode de communication n'est plus admis aujourd'hui, depuis les recherches de KNIES et de LEBER confirmées par celles plus récentes de ROCHON-DUVIGNEAUD, BENTZEN et NIESNAMOFF. KNIES par l'injection dans le vitré d'une solution faible de ferrocyanure de potassium, puis ensuite par l'injection d'une seconde solution de sesquichlorure de fer, LEBER par des expériences plus précises à l'aide d'un manomètre à mercure et des injections colorées, montrèrent que l'écoulement se fait par l'angle irien et le canal de Schlemm. Mais ne croyez pas, Messieurs, que ce soient là toutes les voies d'excrétion. Ce n'est que la voie antérieure. Il existe encore deux voies postérieures, moins bien connues peut-être mais dont l'importance ne doit pas être négligée.

En résumé, le liquide contenu dans la chambre antérieure et dans la chambre postérieure filtre à travers le tissu réticulé du ligament pectiné et passe dans le canal de Schlemm. Puis de là il gagne les veines ciliaires antérieures avec lesquelles ce canal est en communication directe. C'est la grande voie lymphatique antérieure la plus importante. Les voies postérieures sont ; le canal hyaloïde, l'espace périchoroïdien situé entre la sclérotique et la choroïde, l'espace lymphatique de Schwalbe qui communique au dehors par les mêmes orifices que les vasa vorticosa et se continue ainsi avec l'espace de Ténon, compris entre la capsule de Ténon et la sclérotique.

Toute la lymphe des espaces postérieurs de l'œil s'écoule par les voies qui longent le nerf optique ; ce sont l'espace intervaginal situé entre les gaines du nerf optique et l'espace supra vaginal entourant ces gaines à l'extérieur. Je dois ajouter que d'après certains auteurs, entre autres STILLING, une proportion assez notable de liquide filtrerait par la papille optique. D'autres expérimentateurs PRIESTLEY, SMITH, LEPLAT ont constaté aussi cette voie d'excrétion, mais l'ont trouvée très faible comparée à l'antérieure. Mes recherches personnelles m'ont permis de constater qu'il y avait en effet au niveau de la papille optique une véritable filtration lymphatique.

Telle est, Messieurs, sommairement résumée et très succinctement exposée la physiologie de l'excrétion oculaire. Il nous sera dès lors bien facile de comprendre les théories du glaucome, que j'appellerai : théories mécaniques ou par rétention.

Que le grande voie de filtration antérieure soit fermée par suite d'une soudure de la racine de l'iris à la sclérotique (KNIES) ; que les procès ciliaires gonflés par suite d'inflammation repoussent l'iris en avant et effacent l'angle irien (WEBER), la voie d'écoulement étant fermée, l'hypertonie se déclare et les phénomènes glaucomateux surviennent. PRIESTLEY, SMITH admettent la même pathogénie avec un mécanisme un peu différent (rétrécissement de l'espace périlenticulaire).

Toutes ces théories, Messieurs, ont le tort de prétendre à l'explication du glaucome en général. Partant, il est facile de leur faire de nombreuses objections, surtout si on veut envisager toutes les formes du glaucome.

C'est ainsi que vous rencontrerez des cas de glaucome sans soudure périphérique de l'iris, bien mieux il existe des observations où une soudure n'a pas amené de glaucome.

D'ailleurs, de nombreuses discussions se sont élevées sur la nature inflammatoire ou mécanique de cette soudure.

Tandis que l'auteur de la théorie, KNIES, admet une inflammation préalable, PRIESTLEY, SMITH, WEBER ULRICH sont d'avis que l'oblitération de l'angle irien

est purement mécanique et due au refoulement de la base de l'iris. Leurs observations, d'ailleurs, sont loin de pouvoir être généralisées ; c'est ainsi que le gonflement des procès ciliaires ne repousse pas l'iris en avant (théorie de Weber), et que la propulsion en avant de l'iris par l'augmentation du tonus de la chambre postérieure n'est pas facile à démontrer (théorie de Smith.)

Mais si l'on ne veut pas s'arrêter à l'une de ces théories en particulier, il n'en reste pas moins vrai que la connaissance des voies de filtration a constitué un notable progrès dans l'établissement d'une théorie pathogénique du glaucome. Les chercheurs de l'avenir ne devront jamais négliger l'examen de ces voies d'écoulement pour établir une théorie bien fondée. Il y a certainement de nombreux cas de glaucome dus à un obstacle dans la filtration des liquides endoculaires. Envisagée ainsi, la théorie mécanique ou par rétention doit être conservée pour une bonne part dans la pathogénie des glaucomes.

La théorie de l'hypersécrétion de DONDERS a contre elle la clinique. Un simple trouble nerveux, dynamique, une névrose sécrétoire, qui est en somme chose passagère, est-il capable de déterminer une affection à marche aussi fatale que le glaucome. Sans doute, l'anatomie pathologique ne peut nous fournir aucun renseignement, puisqu'il n'y a pas de lésions tissulaires. Il est vrai que ces lésions pourraient exister sans être encore connues, mais c'est encore là une hypothèse de vérification difficile en l'état actuel de nos connaissances sur la physiologie oculaire.

La théorie mécanique et la théorie de l'hypersécrétion peuvent donc être maintenues comme des explications de faits particuliers, mais non comme des théories générales. Elles expliquent les cas de glaucome avec hypertonie considérable, mais ne s'appliquent pas à ces cas si fréquents que vous rencontrez ici à ma clinique, au glaucome simple, caractérisé par l'excavation de la papille sans dureté du globe.

Je pense donc qu'il y a lieu de revenir sur cette pathogénie et de faire une critique plus minutieuse des faits qui ont été observés jusqu'ici.

N'est-il pas de toute évidence, Messieurs, qu'on a fait jouer à l'hypertonie un rôle qu'elle n'a pas. L'élévation du tonus oculaire ne suffit aucunement à produire l'excavation de la papille. Sans cela, elle existerait dès la première crise de glaucome, et nous savons d'après les auteurs mêmes de ces théories que c'est là une lésion qui survient après quelque temps de maladie. De plus, comment expliquer les cas de glaucome simple où sans hypertonie, il existe une excavation. Il me semble qu'on a trop négligé l'étude des conditions de nutrition de cette papille même ; car il n'est pas contestable que si la papille s'excave, cela peut être dû ou bien à l'augmentation du tonus de l'œil, ou bien à un défaut de résistance de cette papille. Je vous ai dit ce qu'il fallait penser de l'exclusivisme de la 1re doctrine. Il reste la seconde. Dès 1858, déjà, MÜLLER avait montré que la papille avait presque toujours perdu de sa résistance. SCHNABEL insista aussi sur les troubles trophiques que présentent les yeux glaucomateux, et en particulier sur la diminution de résistance de la papille. Si vous vous reportez maintenant à ce que je vous ai dit sur les voies de filtration oculaire, et sur le courant lymphatique nourricier des diverses parties de l'œil, vous remarquerez que toutes les théories précitées seront attachées à l'étude des voies antérieures. Sans doute, elles sont les plus importantes, mais elles ne sont pas les seules. J'ai présenté, en 1894, un travail à l'Académie de médecine sur ce sujet. Je montrais que l'arrêt dans la circulation lymphatique amenait un trouble de nutrition du côté de la papille, et par suite une rétraction des fibres nerveuses et de la lame criblée. La pathogénie intime du glaucome, y disais-je, n'est autre qu'une lymphangite oculaire ; et le glaucome simple est une lymphangyte localisée à la surface de la papille optique, d'où excavation glaucomateuse sans autres signes de glaucome. Les observations que j'ai pu faire depuis, soit ici à ma clinique, soit dans ma clientèle privée, m'ont confirmé dans cette manière de voir. Le glaucome est une affection qui peut provenir de causes multiples, mais agissant toujours sur les voies de nutrition oculaire, sur les lymphatiques de l'œil.

Les travaux les plus récents qui portent soit sur l'analyse chimique des liquides endoculaires, et sur leur degré de tension, sur leur force osmotique, et sur le rapport avec la tension sanguine semblent confirmer ces idées.

C'est bien dans un trouble de la circulation lymphatique qu'il faut chercher la véritable explication du glaucome, mais il ne serait peut être pas inutile de chercher à connaitre un peu mieux les variations de la composition des liquides intraoculaires, et le rapport de tension de ces liquides avec la tension sanguine. Les relations de l'artério-sclérose avec le glaucome sont aussi des plus importantes et il y a là encore beaucoup d'inconnues à dégager ; j'arrête ici, Messieurs, ces considérations pathogéniques qui pourraient être beaucoup plus étendues, mais que j'ai voulu simplement résumer à votre intention, et je passe à la thérapeutique du glaucome.

Traitement. — Le traitement de cette affection, Messieurs, est des plus importants à bien connaître, car il peut vous permettre de rendre de grands services à vos malades.

a) *Médical.* — N'oubliez pas que le traitement médical du glaucome n'est qu'un palliatif et que vous devez persuader vos malades de la nécessité absolue d'une intervention chirurgicale. Cependant, il est indispensable que vous prescriviez ce traitement médical.

Le malade, s'il est atteint pour la première fois d'une crise de glaucome, peut hésiter à se soumettre à l'opération, et de plus l'efficacité du traitement médical dans certains cas n'est pas douteux.

Les myotiques : ésérine d'abord, pilocarpine ensuite, vous permettront, Messieurs, d'abaisser la tension oculaire. Malheureusement, ils n'agissent pas toujours et ne sont utiles que dans les cas où la pupille est susceptible de se contracter. Dans la crise aiguë du glaucome, ils vous seront cependant très précieux, car ils calmeront les douleurs dans bon nombre de cas.

Employez-les aux doses suivantes :

a)	Sulfate neutre d'ésérine........	0 gr. 02
	Eau distillée..................	10 gr.
b)	Nitrate neutre de pilocarpine...	0 gr. 15
	Eau distillée..................	10 gr.

Ces mêmes collyres seront aussi employés en cas d'opération, avant et après l'iridectomie. L'emploi de l'ésérine, qui calmera les douleurs en combattant l'hypertonie permettra de faire l'opération dans des conditions meilleures.

Mais ce n'est guère que dans les formes de glaucome avec tension oculaire augmentée, que les myotiques vous rendront des services. Dans le glaucome simple, par exemple, l'intervention chirurgicale est la seule ressource.

A l'intérieur, le sulfate ou le salicylate de quinine, le chloral, le trional, pourront être des adjuvants précieux du traitement. Enfin, il sera indispensable de tenir le tube digestif en bon état et surtout d'éviter la constipation. Le repos dans une chambre obscure et le calme sont indispensables.

Il sera indispensable aussi, Messieurs, de faire analyser les urines de votre malade et d'établir un régime général, tonique et reconstituant, capable de modifier la vitalité des tissus et la composition des milieux organiques.

b) *Chirurgical.* — Il me reste donc à vous parler, Messieurs, du traitement chirurgical. Il varie suivant les formes de l'affection, et c'est là un point de la plus haute importance.

1) *Iridectomie.* — Dans le glaucome aigu, celui qui a servi de type à ma description clinique, il n'y a aucun doute ; *l'iridectomie* s'impose, et le plus tôt possible.

L'idéal serait de pouvoir décider le malade lorsqu'il est encore dans la période prodromique, mais c'est là, chose bien difficile et dans le plus grand nombre des cas, vous pourrez vous estimer heureux si vous opérez un glaucomateux pendant ou après sa première crise.

En tout cas, pour vous, ne craignez pas d'intervenir pendant la période aiguë. Il y a tout profit pour le malade ; d'une part, votre opération fera cesser les douleurs, d'antre part, vous avez plus de chances de conserver la vision à l'œil. Quelques heures après l'opération en effet, dans les cas ordinaires, les douleurs auront cessé, la cornée reprendra peu à peu sa transparence et sa sensibilité, et la vue se relèvera rapidement.

La section de l'iris sera faite dans les cas normaux en haut afin que le colobome soit couvert par la paupière supérieure. S'il vous arrivait de rencontrer des iris atrophiés dans cette région, choisissez la partie interne ou, à son défaut, la partie où l'iris est le plus sain.

Je ne dirai rien de l'opération en elle-même ; c'est l'iridectomie classique : vous me la verrez faire dans un instant, à la pique généralement. Après l'opération, instillation d'ésérine, puis pansement légèrement compressif.

Mais l'iridectomie, efficace à coup sûr dans le glaucome aigu, ne l'est plus dans les autres formes. Vous verrez encore des chirurgiens pratiquer l'iridectomie sur des yeux atteints de glaucome simple, mais les résultats sont défavorables.

2) *Sclérotomie.* — Dans cette forme spéciale, je pratique, depuis fort longtemps et avec succès, la *sclérotomie équatoriale.* Avec un instrument que j'ai fait fabriquer spécialement, je fais quatre ponctions suivant les méridiens principaux de l'œil.

Mon sclérotome, recourbé pour éviter la blessure de l'iris, et à double tranchant, est introduit d'arrière en avant de façon à passer entre les lames de la région du limbe scléro cornéen et à ressortir dans la chambre antérieure de l'œil entre la cornée et l'iris. De cette façon, je sectionne l'angle irien et je facilite le rétablissement des fonctions des voies d'excrétion de l'œil.

Tel est le traitement, Messieurs, que je vous recommande pour ces deux formes les plus ordinaires du glaucome.

Je ne citerai que pour mémoire d'autres opérations qui ont été tentées contre cette redoutable maladie : ponction de la sclérotique (Lefort), paracentèse sclérale Badal (nasalorexis).

Depuis quelques années, une nouvelle opération a été tentée, je veux parler de la sympathectomie.

De fougueux partisans ont apporté leurs statistiques. Je ne vous citerai que les conclusions du professeur Angelucci, de Palerme, lues dans une des séances du Congrès International de Paris, 1900.

« La sympathectomie n'étant pas applicable aux formes irritatives aiguës ou subaiguës du glaucome, mais seulement aux formes chroniques, elle ne nous rend pas de plus grands services, au point de vue clinique, que le débridement de l'angle irien. »

Je doute fort, dès lors, Messieurs, qu'une telle méthode compliquée remplace des opérations aussi simples et aussi efficaces que l'iridectomie et la sclérotomie.

Bornez-vous donc à ces deux interventions classiques, vous en serez satisfaits, et vos malades, guéris ou soulagés, vous tiendront quitte d'opérations plus sérieuses.

Avec l'ésérine dans les phases prodromiques et dans les crises aiguës, avant que le malade se soit décidé à l'opération, avec l'iridectomie dans le glaucome aigu et la sclérotomie dans le glaucome simple, vous avez, Messieurs, les moyens les plus simples et les plus énergiques pour combattre cette redoutable maladie.

THERAPEUTIQUE

De quelques formes de nanisme et de leur traitement par la glande thyroïde ;

Par **BOURNEVILLE** et **LEMAIRE** (1).

§ IV. Nanisme et rachitisme.

Le *nanisme rachitique* est plus rare, à en juger par notre expérience personnelle, que le nanisme par simple arrêt de développement. D'ailleurs le nombre de nos malades, filles et garçons, atteints de rachitisme, est assez limité (2). Bien que les cas que nous allons citer, à titre de spécimens, soient moins beaux que celui qui a paru dans les *Archives de neurologie* (1903, vol. XVI, p. 31) ; par MM. S. Garnier et A. Santenoise, nous avons cru devoir les publier. Dans le cas de MM. Garnier et Santenoise, il s'agissait d'un garçon né en 1891. Sa *taille* mesurée aussi bien que possible est de 81 cent. au lieu de 1 m. 27 ; son *poids* est de 11 kilogr. 400 au lieu de 26 kil. 130. Les *fig.* 15 et 16 donnent une idée exacte de son rachitisme (3).

Obs. LV. — Nanisme et rachitisme.

Sommaire. — *Père, 20 ans plus âgé que la mère, caractère irritable, nombreux excès de boissons* (absinthe). — *Grand-père*

(1) Voir le *Progrès Médical*, nos 24, 25, 26, 28 et 38.

(2) Voir dans le no 34 du P. M. de 1903, une *Note* communiquée au *Congrès des aliénistes et neurologistes* de Bruxelles de 1903. Voir aussi la thèse de l'un de nos élèves : Renoult (P.-L.), *Contribution à l'étude des rapports de l'idiotie et du rachitisme.* Paris 1902.

(3) Une autre figure représentant ce malade tenu debout a paru dans le no 34 de 1903, p. 120.

paternel, excès d'eau-de-vie. — Renseignements insuffisants (1).
Mère sujette à des névralgies. — Grand-père maternel, quelques excès de boisson. — Grand-oncle maternel, excès de boisson, suicidé par pendaison. — Autre oncle suicidé (revolver). — *Grand-oncle épileptique. — Plusieurs oncles et tantes morts de convulsions en bas-âge. — Tante maternelle myope.*
Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 20 ans, père plus âgé.
Une sœur a eu des convulsions ; strabique ; n'a marché qu'à 5 ans. — Deuxième sœur strabique. — Frère strabique, mort de convulsions. — Un autre frère et une autre sœur strabiques. — Autre sœur morte de convulsions. — Frère strabique à la naissance.



Fig. 15 et 16.

Conception dans l'ivresse. — Grossesse : émotions causées par les ivresses de son mari, chute avec perte de connaissance, dix jours avant l'accouchement. — Accouchement rapide avec beaucoup d'eau. — Enfant chétif à la naissance. — Première dent à un an. Dentition complète à 4 ans. — Convulsions à 5 mois, généralisées, tous les quarts d'heure, pendant 9 à 10 heures. — Rougeole à 5 ans. — Coqueluche à 8 ans. — Impétigo. — Anomalies des orteils. — Lésions rachitiques. — Nanisme.

Vib... (Jeanne-Louise), née le 16 janvier 1887, entrée le 20 septembre 1899.

(1) Nous n'avons pu compléter cette observation, les parents ayant disparu depuis plusieurs années.

Nous nous bornerons à relever les points principaux de son *rachitisme* et ce qui concerne sa *puberté*.

Crâne petit, symétrique. Pas de saillie anormale. Visage triangulaire, un peu asymétrique, le côté droit étant un peu moins développé que le gauche. Front très bas (3 cent. 1/2), recouvert de petits poils dans ses tiers externes. Sourcils très abondants, sans solution de continuité. Orbite *excavé*. Pas de strabisme. La sous-cloison *nasale* fait relief. Le *cou* est très court ; la tête enfoncée dans les épaules est inclinée en avant.

Les membres supérieurs sont longs, amaigris ; l'extrémité inférieure du radius et du cubitus est assez grosse.

Thorax aplati entre les clavicules et les seins, puis bombé d'une façon prononcée, jusqu'aux fausses côtes. En arrière, saillie marquée des apophyses épineuses des 6e et 7e cervicales, des trois premières dorsales, formant une convexité prononcée tournée vers la droite ; elle se continue jusque vers la 8e dorsale. Abdomen saillant (*Fig.* 17, 18 et 19).



Fig. 17. — Vib... en 1904 (17 ans).

6 *octobre*. — L'enfant mesure 1,03 au lieu de 1,35 (taille normale de son âge), soit en moins 32 centimètres.

1899. *Système pileux et organes génitaux.* — A part quelques poils fins sur les deux faces du thorax, le corps est glabre. Grandes lèvres un peu épaisses. Petites lèvres brunes, triangulaires. Clitoris petit. Orifice de l'hymen, circulaire.

1901. La *radiographie* faite en juin montrait que ses cartilages n'étaient pas ossifiés.

1904. 4 *août*. — Les seins forment une légère convexité dans une étendue de 2 ou 3 centimètres. Sous les aisselles bande de poils de cinq centim. sur 1 cent. à peine à droite ; à gauche, 4 cent. sur 1 à peine.

Une dizaine de poils de chaque côté du pénil. Les grandes lèvres forment une légère convexité et présentent des poils courts assez nombreux dans toute leur hauteur (3 centim.). Le capuchon, le clitoris, les petites lèvres forment

*

saillie en dehors des grandes lèvres. Le capuchon est assez développé ainsi que le clitoris et son gland. Les petites lèvres ont un centim. de longueur sur 6 à 7 mill. de largeur. Hymen intact, orifice circulaire. Poils abondants, longs, de chaque côté du périnée et autour de l'anus

Le *bassin* est étroit avec saillie prononcée des crêtes iliaques et du sacrum qui offre une convexité plus prononcée que normalement. Les membres inférieurs sont longs, grêles, sans incurvation, avec une légère saillie des malléoles.

Pieds. Le 4e orteil forme une saillie sur la face dorsale du pied (des deux côtés) et repose sur les 3e et 5e orteils. Il mesure deux centim., tandis que le 5e en mesure 3, et le 3e, 4 ; il y a, en outre, une légère *palmature* entre les 2e et 3e orteils. Le 4e orteil gauche est un peu plus gros et un peu plus long que le droit.

La *radiographie* du pied, faite par M. Infroit, chef du Laboratoire central de radiographie à la Salpêtrière, montre



Fig. 18. — Vib... à 17 ans.

que le *quatrième métatarsien est de volume à peu près normal mais très diminué de longueur*, que *l'atrophie*, dans ce sens, porte également sur la phalange droite, davantage sur la phalangine et la phalangette, figurée sous la forme d'un petit triangle. L'arrêt de développement du squelette est un peu moins prononcé à gauche (*Fig.* 20).

	1899		1900		1901		1902		1903		1904	
	Janv.	Juill.	Janv.	Juill	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Poids..		14	15	15.50	15.50	15.50	16	16.50	17	16.50	18	16
Taille.		1.0	1.04	1.10	1.10	1.10	1.10	1.12	1.12	1.13	1.16	1.16

Vib..., âgée aujourd'hui de 17 ans, ne mesure que 1 m. 16 alors qu'elle devrait mesurer 1 m. 546. (*Fig.* 17, 18 et 19.)

Obs. LVI. — Imbécillité, rachitisme ; nanisme.

Fuch. (Marguerite), née à Paris le 9 novembre 1887, entrée le 16 avril 1894.

1897. Poids : 18 kg. ; Taille : 1 m. 04 ; en moins 21 cent. *Premier traitement* du 1er février au 15 août : 0 gr 25 à 1 gr. Poids : 17 kg. 500 ; Taille : 1 m. 06. Traitement irrégulier par suite de défaut de glande.

1900. Poids : 21 kg. 500 ; Taille : 1 m. 16. *Second traitement* : du 1er janvier au 15 avril : 0 gr. 75 à 1 gr. Poids : 20 kg. 500 ; Taille : 1 m. 17.

15 *Décembre*. Poids : 22 kg. 500 ; Taille : 1 m. 19. *Troisième*



Fig. 19. — Vib... à 17 ans.

traitement du 15 décembre 1900 au 15 mars 1901 : 0 gr. 75 à 1 gr. Poids : 20 kg. 500 ; Taille : 1 m. 195.

1901. Poids : 24 kg. ; Taille : 1 m. 22. *Quatrième traitement* du 1er septembre au 31 décembre : 0 gr. 50 à 1 gr. 25. Poids : 21 kg. 500 ; Taille : 1 m. 24.

1903. Poids : 27 kg. ; Taille : 1 m. 26. *Cinquième traitement* du 2 janvier au 31 mars : 0 gr. 25 à 1 m. 25. Poids : 25 kg. 500 ; Taille : 1 m. 28.

1er *juillet*. Poids : 26 kg. 500 ; Taille : 1 m. 285. *Sixième traitement* du 1er juillet au 30 septembre : 0 gr. 25 à 1 gr. Poids : 26 kg. 500 ; Taille : 1 m. 29 au lieu de 1 m. 52, soit en moins 23 cent.

1904. *Juin*. Poids : 27 kg. 500 ; Taille : 1 m. 29. Non soudée. Non réglée.

Rachitisme. — Bosses pariétales légèrement saillantes. Nez

aplati. Palais ogival. Menton pointu.— Clavicules flexueuses. — Sternum, angle de Louis très marqué. Chapelet costal à peine perceptible.

Colonne vertébrale : scoliose. — La portion dorsale de la 1re à la 12e dorsale forme une courbure à concavité gauche, déterminant une saillie des côtes droites et de l'omoplate et un enfoncement de tout le côté gauche du thorax sur lequel l'angle de l'omoplate fait une saillie. La portion lombaire de la colonne vertébrale décrit une courbe à concavité droite mais moins marquée que la courbure dorsale. Toute la partie supérieure du tronc est inclinée à droite (*Fig.* 19) et les fausses côtes de ce côté croisent fortement la crête iliaque correspondante.

Bassin. — Élargissement du diamètre supérieur.



Fig. 20. — *Radiographie* du pied droit de Vibert.

Membres supérieurs. — Humérus légèrement incurvé ; articulations sensiblement augmentées de volume.

Membres inférieurs. — Fémurs légèrement tordus. En haut les cuisses ne se touchent pas et sont séparées de trois travers de doigt. Tibias normaux. Léger degré de *genu valgum*. Démarche en canard.

Puberté : Poils rares sous les aisselles : 3 centimètres sur un à gauche, 2 cent. sur 1 à droite. Les *seins* mesurent transversalement 9 cent. et verticalement 8 cent ; les aréoles ont 2 cent. de diamètre ; mamelon lenticulaire. Poils assez longs (6 cent. sur 4) au niveau du *pénil*, bruns, assez nombreux, ainsi que sur les grandes lèvres. Celles-ci, peu saillantes, écartées dans toute leur longueur d'au moins 1 cent. laissent voir le capuchon et les petites lèvres débordantes. Les petites lèvres ont 2 cent. de hauteur sur 3 de largeur ; ellessont assez épaisses et fortement pigmentées en dehors. L'*hymen* n'est pas frangé, mais son orifice est *très grand*, laissant entrer facilement l'index. L'enfant nie se toucher et avoir eu *des rapports*. Au-dessous de la fourchette, normale, il y a quelques poils allant jusqu'au voisinage de l'anus dont le pourtour est glabre.

Puberté en 1904. — Face, thorax, abdomen, membres, tout à fait glabres.

Seins égaux, 11 cent. de hauteur sur 14 de largeur.

Aisselles. — Poils rares occupant à gauche une bande de 5 cent. 1/2 de long. sur 1 c. 5 de largeur et à droite de 4 cent. de long. sur 1 c. 5 de large.

Pénil. — Poils abondants, 10 cent. de largeur sur 6 cent. de hauteur. — Grandes lèvres peu saillantes, recouvertes de poils. Petites lèvres pigmentées, dépassant largement les grandes lèvres. — Clitoris invisible caché complètement par le prolongement des petites lèvres. Hymen perforé, laissant passer l'extrémité du doigt. — Vestibule profond.

L'un des malades dont nous avons parlé précédemment (Obs. XLII et dont l'on trouvera l'histoire complète dans la thèse de M. Renoult, p. 58), avait sa place marquée plutôt dans ce chapitre que dans celui des nains par simple arrêt de développement, car il présente des *déformations rachitiques* encore bien prononcées, ainsi que le montre le resumé ci-après :

Membres supérieurs un peu gros, n'apparaissant pas de prime abord déformés. Le squelette ne présente pas d'incurvation. Les épiphyses inférieures des humérus et les épiphyses inférieures des radius portent quelques nouures. L'épiphyse inférieure du cubitus gauche est épaisse....

Membres inférieurs : Ils sont le siège de *déformations rachitiques* accentuées. Les cuisses sont grosses, courtes : les fémurs ont une incurvation antéro-postérieure nette, elles sont constamment en une flexion assez notable sur le bassin. Les genoux, volumineux, sont en contact l'un avec l'autre. Les jambes vont s'écartant fortement en dehors ; la jambe droite surtout est fortement déjetée.

Les malléoles tibiales et péronières sont épaissies, surtout ces dernières. La forme de la voûte plantaire, de la face dorsale du pied, le squelette du pied, sont normaux.

Thorax : assez volumineux, présentant deux méplats au niveau des hypochondres.

Le rebord inférieur des fausses côtes est, au contraire, rejeté en dehors. Le sternum n'est pas projeté en avant. La colonne dorsale ne présente pas de malformations. On constate la présence d'un chapelet rachitique.

	1899		1900		1901		1902		1903		1904	
	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Poids....	19.60	19.6	23	24 2	6.5	27.5	28.5	29.7	30.7	30.9	32.2	32.8
Taille...	0.91	0.9	0.975	.99	1.07	1.04	1.11	1.16	1.19	1.19	1.22	1.25

Rappelons que sa taille n'est que de 1 m. 25 au lieu de 1 m. 54 et que le traitement thyroïdien a diminué la différence entre sa taille et la taille normale à son âge.

École de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger. — Un concours s'ouvrira, le 4 mars 1905, devant la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de chirurgie à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

PROTHÈSE CHIRURGICALE

Observation d'une tumeur consécutive à une injection de paraffine mal faite (1).

Par M. le Dr **LAGARDE**.

Parmi les accidents, que des gens mal renseignés ou mal intentionnés prétendent être l'inévitable cortège des « infections de paraffine » comme prothèse, il en est un, peu connu qu'une intervention malheureuse d'un confrère nous a permis ces temps derniers d'étudier spécialement. Il s'agit d'une tumeur consécutive à une injection défectueuse.

Brockaert (de Gand) avec qui nous avons opéré ce malade avait eu déjà l'occasion de voir et de décrire une de ces tumeurs et lui avait donné le nom de « paraffinome. »

Il s'agit d'un officier français de 46 ans qui fut renversé en 1889 par un cheval vicieux et piétiné par l'animal. Dans cet accident il eut une fracture de la cloison et des propres du nez, de l'unguis, de l'apophyse montante du maxillaire supérieur et de la partie inférieure du frontal. Les voies lacrymales furent également lésées. De toutes ces lésions résulta une difformité des plus complexes qui nécessita plusieurs interventions. En 1890, Ollier restaura les paupières ; en 1891, Péan pratiqua l'ablation de deux fortes saillies latérales formés par les os propres du nez et une portion de l'apophyse montante du maxillaire supérieur. En 1895, un chirurgien de Paris tenta en vain la restauration du nez au moyen d'un appareil en aluminium inclus sous la peau : l'appareil ne fut toléré que quarante jours, laps de temps au bout duquel il fut éliminé laissant à sa suite une suppuration tarie au bout de quelques semaines.

En 1902 Bouglé l'opéra d'un ectropion de la paupière.

Nous le vîmes dans le courant de cette même année et voici quel était exactement son état : il y avait un écrasement à peu près total de toute la partie osseuse du nez, un enfoncement du bord inférieur du frontal se prolongeant à gauche jusqu'à 5 cm. au-dessus de l'arcade sourcilière, dépression inégale défigurant totalement le malade.

En présence de cette difformité, je conseillai au malade de tenter en dernière ressort une prothèse par les injections de paraffine lui assurant qu'il aurait tout à gagner. Sur cette affirmation, il était parti, bien décidé à tenter l'expérience à son premier congé. Depuis je n'en entendis plus parler jusqu'au mois de janvier 1904. Il revint à ma consultation dans un état physique et moral des plus fâcheux. Aux lieu et place des dépressions que j'avais vues autrefois, il y avait deux tumeurs : l'une placée sur le côté gauche du nez et grosse comme un œuf de pigeon, de consistance très dure, l'autre, plus molle, formait un bourrelet épais comme le pouce et à saillies mamelonnées allant depuis le milieu du front jusqu'à la queue ou sourcil. Que s'était-il passé ?

Le malade nous avoua qu'il s'était fait faire une prothèse par les injections de paraffine, et qu'il venait en faire constater le résultat déplorable en demandant s'il y avait un remède. Il nous apprit vaguement les circonstances dans lesquelles cette opération avait été faite. Mais, nous nous rappelions avoir lu son observation publiée l'année dernière, avant l'apparition des tumeurs, et en la contrôlant avec les explications du malade, nous avons pu en tirer des considérations utiles pour l'avenir.

Voici d'ailleurs un passage de l'observation : « En deux séances, le 14 et le 21 août, je pratiquai, dit l'opérateur, dix à douze injections de paraffine disséminées sur toute la zone déprimée et je constatai que dans la région traumatisée, absolument scléreuse et formée de traînées de tissu fibreux, les injections réitérées de petite quantité de paraffine étaient très pénibles. En raison de cette difficulté, je priai le malade de revenir quelques mois plus tard. Le malade revint, le 3 janvier, et dans deux nouvelles séances l'opérateur compléta son œuvre.

Dans les quatre séances, il a injecté, dit-il, dix-huit centimètres cubes de paraffine fusible à 55° degrés et légèrement colorée par la poudre de corail.

Quand ce malade revint nous voir en janvier 1904, je lui conseillai de se faire pratiquer l'ablation des deux tumeurs.

L'opération eut lieu à Gand avec le Dr Brockaert. Sur le sommet des tumeurs on pratiqua une incision et on disséqua les tissus de néoformation. Après un grattage à la curette, on fit quelques points de suture et quinze jours après tout était rentré dans l'ordre, le malade ne conservant des traces de son opération que deux cicatrices linéaires à peine visibles.

Le paraffinome est une réaction hyperplasique et défensive du tissu conjonctif autour de la paraffine injectée par voie hypodermique.

L'hypergenèse est proportionnée à la réaction : elle peut être assez considérable et former, comme ici, une véritable tumeur, constituée par quelques globules blancs, des cellules épithélioïdes et des cellules géantes.

En présence d'un résultat aussi déplorable, les esprits prévenus ne manqueraient pas de jeter encore une fois la pierre au procédé, alors que l'opérateur seul doit être accusé de tous ces méfaits. — Dans ce cas particulier, nous relevons un certain nombre de fautes opératoires dont une seule même aurait pu amener cet échec.

Si la quantité de paraffine injectée n'a pas été trop considérable, eu égard à la lésion, il n'est pas douteux cependant que dix à douze injections dans une même région constituent une série de traumatismes et d'inclusions de noyaux séparés de matière prothétique pouvant faciliter la réaction de l'hyperplasie consécutive. Brockaert prétend qu'une injection qui n'est pas faite en masse compacte et donne lieu à des fusions peut amener un « paraffinome ». — Or, ici, le terrain était tout préparé pour faciliter ces fusions et ce morcellement du noyau prothétique, puisque le chirurgien opérait dans un tissu cicatriciel sillonné de trabécules connectifs particulièrement résistants. — Il eût été prudent de débrider le champ opératoire avec un ténotome très fin.

L'aspect macroscopique de la tumeur faisait supposer encore que la paraffine liquide, au moment de l'injection, contenait des bulles d'air. La matière prothétique, au lieu de former une masse liquide bien homogène, présentait sans doute l'aspect de milliers de gouttelettes qui pendant l'injection se sont logées chacune dans une aréole du tissu conjonctif amenant une réaction inflammatoire propre. L'ensemble de ces petits centres d'hyperplasie constituait la tumeur, la surface d'irritation étant cent fois plus grande que s'il y avait eu un noyau compact. Nous croyons de plus que l'addition de poudre de corail a facilité la présence de ces bulles d'air. Si fines que puissent être les molécules de ce corps colorant, il n'est pas douteux qu'elles ont aussi entravé la cohésion de la paraffine. Pour qu'il y ait fusion à distance, le champ opératoire n'avait pas été limité.

En résumé, l'idéal, pour une bonne prothèse, est d'avoir un noyau prothétique compact destiné à être enkysté dans une capsule avasculaire, et la moindre faute de technique peut empêcher de l'obtenir et être cause, comme dans ce cas, de regrettables accidents.

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance de 16 avril 1904.

Hospices civils de Rouen. — *Concours pour deux places d'internes en Médecine*. Le 10 novembre 1904, un concours pour la nomination à deux places d'Internes en Médecine, dans les hôpitaux de Rouen, aura lieu le jeudi 10 novembre 1904. Les épreuves commenceront à quatre heures à l'Hospice-Général, salle des séances. La commission administrative des Hospices se réserve le droit d'augmenter le nombre des places mises au concours, si de nouvelles vacances se produisaient avant le 21 octobre 1904. Dans ce cas, les candidats en seraient avisés par voie d'affiches apposées dans les Hôpitaux.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

Le cœur organe chirurgical.

Un homme reçut un coup de couteau dans la région précordiale, à Rome, au mois de septembre 1896. Conduit à l'hôpital de Consolation, il fut examiné par Farina, qui constata l'existence d'une plaie intéressant le bord supérieur de la 6e côte gauche et le bord correspondant du sternum ; en plus, l'état général était très grave, et le blessé exsangue. Farina intervient immédiatement. Anesthésie ; incision parallèle au bord supérieur de la 6e côte ; section du cartilage au ras du sternum et résection de 10 cm. de la 6e côte ; résection semblable sur les 5e et 7e côtes. La plaie péricardique agrandie, on tombe sur une plaie pénétrante du ventricule droit, qui est obturée par 3 points de soie. Suture du péricarde. Injection de sérum. Mort le 6e jour, après des accès de dyspnée et de tachycardie. *A l'autopsie on constate que la plaie cardiaque est cicatrisée.*

Telle est la première tentative de suture pour plaie pénétrante du cœur chez l'homme. La relation en fut faite par Durante, au 11e *Congrès italien de chirurgie* (Rome, 26 octobre 1896). Ce jour-là, un des derniers *noli me tangere* fut acquis à la chirurgie.

Du reste, l'idée d'intervenir chirurgicalement sur le cœur n'était pas neuve. La chirurgie du péricarde, préconisée par Riolan dès 1648, avait, dans la suite, donné assez de résultats pour légitimer des tentatives expérimentales de suture du cœur. Conduites par Bloch, Rehn, Salomoni (de Messine), les expériences furent couronnées de succès. En 1892, Poncet (de Lyon) préconise la suture du cœur, et n'attend que l'occasion de la pratiquer. En septembre 1896, nous l'avons dit, Farina la réalise à Rome ; son malade meurt il est vrai, mais indépendamment de la suture cardiaque. La même année, Cappeleu, de Christiania, suture une plaie du ventricule droit, son malade meurt également. En avril 1897, Rehn présente au Congrès de Berlin le premier blessé guéri d'une plaie pénétrante de 1 cm. 1/2 au niveau du ventricule droit.

Dès lors, les observations se multiplient ; la chirurgie du cœur et du péricarde fait l'objet d'une monographie de Terrier et Reymond (1898), d'un mémoire de Loison (*Revue de chirurgie*, 1899), d'une revue générale de Terrier et Reymond (1900) et d'un rapport de Terrier au 15e *Congrès français de chirurgie* (Paris, 1902.) A l'étranger : Podrez, dans le *Vratch*, de Pétersbourg (1898); Rotter, dans le *Münchener medicinische Wochenschrift* (1900) ; Watten, dans la *Gazetta Lekarska,* de Varsovie (1900) ; Napatkoff, de Moscou (1900), pour ne citer que quelques noms, font paraître le résultat de leur pratique hospitalière et les conclusions de leurs recherches expérimentales ou opératoires. A toutes ces monographies, dont on trouvera la liste dans le rapport de Terrier au Congrès de 1902, il convient d'ajouter les très nombreuses observations publiées dans les périodiques français, principalement dans les *Bulletins de la Société de Chirurgie* de 1904 et dans les *Bulletins de la Société anatomique* de 1902 à 1904.

Ces multiples travaux n'ont pas seulement un intérêt anatomique ou clinique. Ils montrent surtout que l'intervention hâtive et bien conduite est parfois efficace, Voici des faits : Rehn, en 1897, guérit son blessé. Kosinski en guérit un autre. Marks, Nieters, Pagenstecker, Parlavecchio, Parrozzani, Watten, Williams, Launay, Podrez, en guérissent chacun un. Fontan en guérit deux. Mansell Moullin opère un facteur atteint de déchirure du cœur par coup de pied au cours d'un match de foot-ball : le facteur guérit, et pratique aussitôt son sport favori. Ramoni opère un cantonnier qui, dans un cortège nuptial, avait reçu deux coups de poignard. A l'intervention on constate deux plaies pénétrantes, du ventricule droit, dont l'une mesure 3 cm. de longueur : le cantonnier guérit. Riche est appelé dans la nuit près d'une femme enceinte qui vient de se donner un coup de couteau dans la région précordiale. Avec un éclairage de fortune, aidé seulement d'un jeune homme qui n'a jamais assisté un opérateur, il suture une plaie du ventricule droit : sa malade guérit.

En somme, le nombre considérable de documents et la liste déjà longue des interventions heureuses permettent de préciser actuellement beaucoup de points cliniques ou thérapeutiques dans l'histoire des plaies du cœur. La lecture des observations montre que le diagnostic des plaies du cœur, encore que délicat, peut souvent être fait par l'étude attentive d'une symptomatologie assez riche. Elle apprend aussi que le pronostic n'est pas toujours fatal, comme le montrent les statistiques de Fischer, de Loison, de Terrier. Enfin elle montre qu'une thérapeutique assez souvent efficace peut être opposée aux plaies du cœur.

En tout cas — et sans remonter à Epaminondas, qui, atteint d'une plaie du cœur par un javalot spartiate, trouvait, à défaut d'une thérapeutique efficace, des consolations dans la philosophie, et disait « *Satis vixi invictus niem morior.* » *Tum, ferro extracto, confestim exanimatus est.* (*Corn. Nepos*, XV-9) — nous sommes loin des conclusions de Legouest (*Dict. Encycl. des sc. médic.*, XVIII, p. 684, 1897). « Quelques faits curieux et authentiques, dit-il, d'autres plus ou moins douteux, une symptomatologie incertaine, une thérapeutique à peu près désarmée, une terminaison presque toujours funeste, tel est, en résumé, l'impression qui résulte de l'étude des blessures du cœur. »

La chirurgie du cœur se résume à celle des plaies de cet organe, auxquelles elle oppose une seule intervention, la cardiorraphie. Pourtant, quelques auteurs ont, de propos délibéré, abordé cet organe en dehors des traumatismes, les uns dans les affections congénitales, d'autres dans des affections acquises.

Parmi les premiers, il faut ranger M. Lannelongue qui, en 1888, réduisit avec succès, chez un nouveau-né, une *ectocardie*. Une autoplastie définitive maintint la réduction. Cette observation est restée unique. Dans le même groupe, plaçons Marcel Baudouin, dont l'idée d'appliquer la chirurgie cardiaque à la séparation des monstres xiphopages et thoraco-xiphopages n'a pas encore reçu la sanction opératoire.

Enfin plusieurs auteurs ont proposé ou tenté de traiter chirurgicalement certaines affections du cœur et la syncope chloroformique. Tel Delorme, qui projette de s'attaquer au péricarde enflammé, et de rompre les adhérences cardio-péri-cardiaques faisant obstacle au bon fonctionnement du cœur. Tels encore Tuffier, Mauclaire, Poirier, qui, à la suite des expériences de Prus, essayèrent de ranimer des opérés en syncope chloroformique par massage du cœur. Ce massage direct ou indirect (avec interposition du péricarde), après brèche thoracique ou après laparotomie et boutonnière diaphragmatique, n'a donné aucun résultat satisfaisant. Aux mêmes accidents, avec le même insuccès, Mills, Coats, ont opposé la paracentèse du cœur droit. On a essayé sans plus de succès de traiter par la ponction des oreillettes les accidents consécutifs à l'introduction de l'air dans les veines (Giordano), et par la ponction des cavités droites, les distensions du cœur au cours de certaines congestions pulmonaires d'origine vasomotrice (Bruhl).

Mais le record de l'audace est actuellement détenu par Lauder Brunton et par Villar. Ces auteurs proposent de sectionner les rétrécissements mitraux en débridant l'orifice auriculo-ventriculaire coarcté avec un ténotome ou des ciseaux. A vrai dire, cette chirurgie un peu spéciale rencontre encore quelques adversaires.

L.-E. Morel.

REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

Rédacteur spécial : Dr Paul BONCOUR.

VII. — La puériculture par l'Assistance scientifique et maternelle à domicile; par le Dr Pecker. (Vigot, éditeur, Paris.)

Le Dr Pecker, le fondateur de l'Assistance des Dames Mauloises, publie ce livre où l'on rencontre côte à côte un plaidoyer en faveur de l'enfance et de la mère-nourrice, une indication précise sur la nécessité de sauvegarder la vie des enfants en ce temps de dépopulation, et l'exposé de l'organisation de son œuvre. M. Pecker voudrait voir cette dernière se généraliser et secourir les 200.000 mères françaises pauvres qui ne veulent pas du refuge ouvroir, ni de l'hôpital.

Il faut fournir à la femme qui ne veut quitter ni son mari ni ses enfants le moyen d'élever son enfant : c'est l'assistance à domicile, qu'il faut appliquer, en un mot, à l'accouchée comme à toute autre invalide. Le livre de M. Pecker fournit donc tous les détails nécessaires et démontre qu'avec de la bonne volonté la chose est aisée. On y trouve en outre une série de conférences faites par l'auteur sur l'hygiène de la grossesse, de la délivrance, sur l'alimentation du nouveau-né, etc., etc. Dans trois lettres préfaces, MM. le Professeur Pinard, le Député Berteaux, et Fréderic Passy affirment la perfection du but poursuivi par l'œuvre des Dames Mauloises et la nécessité de voir son fonctionnement s'étendre sur notre pays.

VIII. — La vie du cœur isolé. Reviviscence de cœurs d'enfant, 18 heures, 36 heures, 37 heures après la mort; par M. d'Halluin. (J.-B. Baillière, éditeurs, Paris, 1903.)

L'auteur met au courant des recherches et expériences qu'il a faites dans le laboratoire de physiologie de la Faculté de Lille.

Il montre l'enchaînement des différents travaux relatifs à la physiologie du cœur isolé : après des recherches faites sur le cœur d'animaux à sang froid, les physiologistes en sont arrivés à expérimenter sur des animaux à sang chaud. M. d'Halluin met alors sous les yeux du lecteur le dispositif de ses expériences et ses conclusions. Il est facile de ranimer les battements du cœur des mammifères, au moins dans certaines parties plusieurs heures après la mort de l'animal. Les sels de calcium ont à ce point de vue une importance considérable. L'auteur a poussé plus loin ses expériences : en se basant sur ce fait qu'il est possible de ranimer un sujet tant que les centres nerveux ne sont pas morts, par suite du rétablissement de la circulation, faite artificiellement, il en a conclu que les seuls cas favorables étaient des cas de mort violente, sans altération matérielle incompatible avec la vie. Il a donc fait des tentatives de reviviscence sur des cœurs d'enfants et a obtenu des résultats dont l'intérêt n'est pas douteux.

IX. — Notions d'hygiène féminine populaire. L'adolescence; par le Dr René Martial. (Paulin, éditeur, Paris 1904.)

Simplement, scientifiquement, et habilement, l'auteur énonce en quelques chapitres les règles d'hygiène applicables à la jeune fille.

Il ne lui suffit pas d'être chargée de diplômes, il faut aussi qu'elle soit forte et bien portante. Le seul moyen, c'est d'apprendre à la jeune fille ce qu'elle doit faire ou ne pas faire pour donner à son organisme, à ses fonctions, un plein et parfait epanouissement. Toutes les parties du corps sont passées en revue ; c'est donc dire que l'hygiène des organes génito-urinaires constitue, et avec raison, un chapitre fort important.

M. Martial dédie ce livre à celles qui ont mission d'éduquer la jeune fille, tout en regrettant qu'il ne puisse être mis entre les mains de celle-ci. Il déplore que cette brochure ne puisse aller directement aux jeunes filles parce que l'éducation contemporaine est encore tellement arriérée, tellement moulée dans les formes ancestrales, qu'elle risquerait d'être plus mal considéré que les romans les plus stupides et les brochures les plus immorales....

C'est l'exacte vérité ; mais comment s'étonner d'un semblable état de choses, quand on voit des revues, très lues et universellement répandues, contenir des articles émanant d'une personne (1) ayant suivi les cours destinés aux infirmières. où l'on s'étonne que celles-ci puissent contempler un idiot nu pendant qu'on le douche. Il s'écoulera, craignons-le, beaucoup de temps avant qu'on enseigne officiellement aux jeunes filles l'hygiène de leurs parties génitales. En tout cas, M. Martial fait bien de protester et nous l'approuvons pleinement

X. — Formulaire pharmaceutique des maladies infantiles et indications hydro-minérales; par le Dr H. Gillet. (Maloine, éditeur, 1904.)

Ce formulaire renferme un grand nombre de formules et d'indications thérapeutiques. Ce qui le distingue de beaucoup de livres analogues, c'est le développement explicatif du traitement. Les moyens à employer ne sont pas exposés brutalement, mais avec méthode, et accompagnés d'explications claires et pratiques.

XI. — Lithiase rénale chez les enfants; par le Dr Mousseaux (de Vittel). (Extrait de la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1904.)

M. Mousseaux s'appuyant sur des observations recueillies par le Dr Bouloumnié, donne sur cette affection, qui est, il faut l'avouer, assez mal connue chez les enfants, des renseignements précieux. Les formes que revêt la maladie, sa nature, son évolution souvent longue, sont successivement passées en revue. C'est un chapitre fort intéressant de la lithiase rénale que l'auteur a écrit, et dont on peut recommander la lecture aux praticiens désireux de s'instruire.

(1) Voir à ce sujet les articles du *Progrès médical* qui ont répondu au ridicule de ces assertions.

REVUE DE CHIRURGIE

—

Rédacteur spécial : M. le Dr L. LONGUET

I. — **Clinique chirurgicale** ; par le Dr A. Le Dentu. (Edité chez J.-B. Baillière et fils, Paris, 1904).

Voici un livre instructif à plus d'un titre. Sous forme d'enseignement magistral, le professeur de l'Hôtel-Dieu expose ses opinions en maintes questions distinctes. En fait de *généralités*, nous lisons un plaidoyer en faveur de l'éther comparé au chloroforme comme anesthésique. L'éther est d'un emploi facile, exempt de danger, applicable chez les cardiaques. C'est en outre un tonique cardio-vasculaire ; et il convient de l'innocenter en partie des complications bronchopulmonaires qui lui font mauvaise réputation. Le *choc traumatique* tend à disparaître de la nosologie pour passer tout entier au chapitre des septicémies. C'est une erreur pour Le Dentu. Le choc a son expression clinique très nette, sa physiologie pathologique ; révélée par l'expérimentation ; sa pathogénie nerveuse est réflexe. La chirurgie opératoire actuelle, malgré sa tendance envahissante, a des *contre-indications* qu'on tend trop à négliger. Celles-ci se déduisent du milieu, de l'atmosphère, ou du malade lui-même, de son âge, de ses forces, de ses tares diverses, encore que l'albuminurie et le diabète ne soient plus des contre-indications formelles à l'emploi du bistouri.

La cure des *tumeurs malignes inopérables* donne lieu chaque jour à des tentatives scientifiques et pratiques du plus haut intérêt. Toutefois jusqu'ici la toxithérapie, la sérothérapie, l'érysipèle curateur, la radiothérapie, et la radiumthérapie n'ont point encore donné de résultat heureux absolument indiscutable,

En matière de *fracture*, la mobilisation articulaire, le massage, la déambulation, la suture ont profondement renové le traitement. Gardons-nous bien toutefois de généraliser systématiquement ces nouvelles méthodes. La suture en particulier ne convient qu'à certains cas. L'amputation primitive ou secondaire ne trouve plus qu'exceptionnellement son application.

Parmi les autres questions intéressantes traitées dans ce volume, je dois mentionner : *l'hyperostose diffuse des os du crâne*, la *synovite syphilitique*, le traitement des anévrysmes par les *ligatures périphériques* ; la corrélation possible *entre les varices* et la dilatation de l'oreillette droite ; la nécessité d'opérer d'urgence *certaines phlébites variqueuses à forme embolique* ; l'*épithélioma leucoplasique* : l'ablation de la langue cancéreuse par le *galvanocautère* ; la trop exclusive interprétation à la Leplat des *abcès froids thoraciques*, les *épiploïtes* consécutives aux cures radicales de hernie, la réhabilitation de la *méthode de Dupuytren* pour la cure des fistules viscérales, les *sarcomes du vagin* ; le rôle diagnostique de la *crête médiane postérieure* de l'utérus dans les rétrodéviations, les sarcomes et tumeurs rares de l'utérus.

Je crois, par cette rapide énumération, me faire l'écho des points les plus personnels que le Professeur Le Dentu a eu à cœur de traiter dans ses cliniques. J'ajoute que les jeunes chirurgiens, et non pas seulement les élèves, feront leur profit de la méditation de ces leçons. Ils y puiseront des utiles conseils de réserve, de prudence, de pondération, qui ne sont certes pas négligeables à l'heure où beaucoup de « jeunes opérateurs se laissent entraîner à l'intervention toujours et partout ». A ce point de vue modérateur, le livre de Le Dentu arrive bien à l'heure et portera ses fruits. L.L.

II. — **Chirurgie nerveuse d'urgence** ; par le Dr A. Chipault, de Paris. Un volume des *actualités médicales* ; édité chez J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, 19 (Paris).

C'est un court résumé, en 60 pages, de la conduite à tenir dans les traumatismes par coups de feu, instruments piquants, tranchants, contondants dans les lésions infectieuses de la voûte ou de la base, (ostéomyélite) du crâne dans les traumatismes et lésions infectieuses du rachis — dans les traumatismes des nerfs, les sections nerveuses, les ruptures sous-cutanées du plexus brachial, les luxations du nerf cubital. La compétence particulière de A. Chipault en la matière fait de ce petit opuscule un ouvrage très utile à consulter. L'auteur fait connaitre son procédé personnel de cranotopographie, facile à retenir et très précis qui permet de découvrir sans hésitation, tous les points principaux de l'écorce cérébrale. Il ne s'agit guère cependant d'une chirurgie susceptible de grande vulgarisation. « Dans bien des cas dit A. Clignault, le rôle du praticien devra se borner à savoir qu'il y a quelque chose à faire ; ou mieux à faire faire, et à préparer, en attendant le chirurgien, tout ce qui est nécessaire pour l'opération ; car il s'agit ici le plus souvent d'interventions délicates et graves, exigeant, outre quelques instruments spéciaux, un peu d'expérience et beaucoup de sang-froid.

III. — **Les fractures de l'humérus et du fémur** ; par le Professeur Kocher de Berne, traduit de l'allemand par le Dr L. Senn. (Edité à Genève par Henry Kundig, 11, rue Corraterie et à Paris par Félix Alcan, 108, boulevard Saint-Germain.

Ce volume de 285 pages avec figures, est un recueil de faits, de notes et d'expériences personnels. Il n'a point la prétention d'épuiser le sujet, car pour se faire, il eût fallu recourir à une littérature beaucoup plus étendue. Un autre travail ultérieur de Kocher doit d'ailleurs démontrer le mérite des travaux d'autrui. Grâce au traitement opératoire nécessaire dans certains cas, l'éminent chirurgien de Berne, a pu éclaircir quelques points de l'évolution, et de l'anatomie pathologique de ces fractures, en particulier de celles de l'extrémité supérieure et inférieure de l'humérus. Ainsi le tableau clinique classique s'est trouvé modifié ; les anciens termes ont été abandonnés et remplacés par d'autres plus précis. De nombreux dessins et photographies mettent en évidence les points spéciaux que l'auteur a voulu faire ressortir. C'est le complément d'un cours professé sur les fractures avec démonstrations expérimentales, pendant le semestre d'hiver 1893-1894. Ce court énoncé suffira, je l'espère, pour laisser deviner l'intérêt que présente le livre de Kocher.

IV.— **Chirurgie orthopédique** ; par le Professeur Paul Berger et le Dr L. Banzet (G. Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris).

Ce beau volume ne contient pas moins de 489 figures, pour 600 pages de texte, consacrées au traitement des difformités congénitales ou acquises de l'appareil moteur. Voici l'exposé rapide de ce qu'on y peut étudier :

A) Le traitement des *déviations rachidiennes* et en particulier de la scoliose appartient exclusivement à l'orthopédie non sanglante. La gymnastique suédoise, les appareils de redressement, de contention, sont longuement et clairement décrits.

B) Le *torticolis* est justiciable de la *ténotomie* sous-cutanée suivie de contention en bonne position. L'opération sous-cutanée l'emporte à tous les points de vue sur l'opération à ciel ouvert et sur l'extirpation du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Le torticolis cicatriciel est justiciable de l'*autoplastie* en cravate de Berger. Par contre, le torticolis spasmodique relève moins de l'orthopédie que de la thérapeutique des névroses.

C) Les *ankyloses de l'épaule*, lorsqu'elles ne cèdent pas à la mécanothérapie, ressortissent à la *résection orthopédique*, dont les résultats fonctionnels sont meilleurs que ceux de la résection pour tumeur blanche floride de l'articulation scapulo-humérale. S'il y a périankylose par cicatrice vicieuse du creux axillaire, l'autoplastie par dédoublement de la palmature et échange ou interposition de lambeaux suivant la technique de Berger donne de bons résultats.

D) Au *membre supérieur*, l'autoplastie par la méthode italienne modifiée trouve de précieuses applications dans les cicatrices vicieuses, dans la rétraction de l'aponévrose palmaire. Les résultats obtenus par Berger et reproduits par figures sont particulièrement intéressants.

E) Les *ankyloses du coude* relèvent de la *mécanothérapie*, et à son échec, de la *résection orthopédique* avec interposition d'une bande musculaire pour éviter la récidive.

F) Les *paralysies du membre supérieur* ont donné lieu à d'intéressantes tentatives de thérapeutique par *anastomoses tendineuses*. Parmi les essais plastiques les plus curieux, je si-

gnalerai le remplacement de doigts absents par des orteils transplantés.

G) Au membre inférieur, les *luxations congénitales* de la hanche restent toujours un sujet d'actualité. C'est la méthode de réduction non sanglante qui tient à cette heure la première place, la sanglante n'ayant d'indication qu'à l'échec de l'autre.

H) Les *ankyloses de la hanche* lorsqu'elles résistent à la mécanothérapie, sont du domaine de *l'ostéotomie sous-trochantérienne oblique*, par le procédé des trois ciseaux et parfois de la résection.

I) En matière de *genu valgum*, l'*ostéotomie sus-condylienne* de Mac Ewen reste l'opération de choix quand le redressement simple longtemps prolongé ne peut rien donner.

J) Dans les *ankyloses du genou*, la *mécanothérapie* joue un rôle important. Toutefois, dans les ankyloses complètes, la *résection orthopédique* est une excellente opération.

K) Le *pied bot congénital* doit être redressé très tôt par *manipulation modelante* complétée au besoin par les ténotomies. Si la difformité est déjà ancienne, il faut s'adresser aux interventions sanglantes. Or, parmi celles-ci, la tarsectomie de Gross est, suivant Berger, très supérieure à l'opération de Phelps ; celle-ci ne fait guère plus que la méthode non sanglante.

L) Enfin, nous lisons sur *l'arthrodèse* et les *anastomoses tendineuses des considérations* intéressantes au sujet du *pied bot paralytique* ballant ou secondairement fixé.

Tel est le résumé rapide de l'enseignement orthopédique du professeur Berger. Relativement à la *restauration de la fonction*, il faut remarquer l'orientation donnée par ce livre vers la cure non sanglante, l'électrothérapie, la massothérapie, l'hydrothérapie, et surtout la mécanothérapie. Au point de vue de la *restauration de la forme*, l'autoplastie est ici tout particulièrement traitée de main de maître, et la lecture de toutes ces intéressantes questions laisse l'impression que le souci de la forme doit préoccuper l'esprit du chirurgien autant que celui de la fonction.

BIBLIOGRAPHIE

Les Conflits intersexuels et sociaux ;
par M. le Dr Toulouse. (E. Fasquelle, édit., 1904.)

Le livre que vient de publier M. le docteur Toulouse sur ce qu'il appelle « les conflits intersexuels » est une analyse fine et pénétrante des causes génératrices de malaises sociaux. La criminalité, la folie, le surmenage intellectuel, la dépopulation et surtout l'antagonisme économique de l'homme et de la femme y sont décrits avec une précision qui s'inspire de la méthode expérimentale.

Nous n'avons pas la prétention, dans ce résumé, de faire une critique complète de cet intéressant travail.

Deux chapitres nous ont particulièrement intéressé, celui qui est consacré au « féminisme » et celui où il est question de l'enfance anormale, sujet particulièrement cher à notre éminent rédacteur en chef, le docteur Bourneville.

M. le docteur Toulouse est féministe, mais il voit à regret les promoteurs de cette propagande exagérer leurs revendications et jeter la femme dans des carrières pour lesquelles elle ne serait pas faite. On ne légifère pas, dit-il, pour les exceptions.

Nous répondrons à M. le docteur Toulouse, qui, en sa qualité de médecin, s'inspire des données physiologiques acquises par l'observation, qu'une certaine intransigeance d'allures ne messied pas aux femmes pour leurs revendications, à cause même des résistances qui se produisent toujours contre les innovations.

D'autre part, la source des incapacités légales dont la femme est frappée ne vient pas nécessairement de son inaptitude, mais de la vieille domination du mâle, dont maint article de nos codes porte encore la rude empreinte.

S'il y a des « exceptions » chez les femmes, tant mieux, il faut les mettre en valeur, surtout à une époque ou l'on aime à voir s'affirmer toutes les supériorités.

Ce qui serait abusif (et sur ce point M. le docteur Toulouse a tout à fait raison), c'est de voir les femmes réclamer en même temps le droit commun et des privilèges légaux pour les protéger contre certaines atteintes.

M. Toulouse insiste d'une façon touchante sur les devoirs du médecin vis-à-vis des enfants anormaux et arriérés. Au cours de son étude, il cite le cas d'un anencéphale chez lequel on essaya d'éveiller un embryon de conscience.

C'est sur les bancs des écoles primaires, dit-il, qu'il faut aller chercher les arriérés pour les soumettre à une éducation médico-pédagogique. Ainsi on les protège contre eux-mêmes et on protège aussi le milieu social dans lequel ils sont appelés à évoluer.

Nous sommes heureux de voir le docteur Toulouse préconiser à son tour les idées que M. le docteur Bourneville défend depuis seize ans, — pour la création de *classes* ou *d'écoles spéciales* pour les enfants arriérés qui ne sont pas assez malades pour être hospitalisés — et nous regrettons que l'absence de place nous empêche d'extraire de son curieux livre d'autres passages qui pourraient faire l'objet d'une analyse étendue. A. Lirmin-Lipman.

ASSISTANCE PUBLIQUE

Note sur la Fondation du Général Comte Roguet, à Clichy.

La Fondation Roguet, qui comprend un Hospice et un Orphelinat situés à Clichy, a été instituée en exécution d'un legs fait par Mme la Marquise de Sanzillon, veuve en premières noces du Général Comte Roguet, legs dont le produit s'élevait à près de quatre millions.

Les travaux de construction des bâtiments, qui ont entraîné une dépense totale de 1.500.000 francs, viennent d'être terminés. Les locaux sont aménagés de façon à recevoir 60 vieillards et 60 orphelins. Le département de la Seine dispose du 1/3 des places. Les conditions d'admission ont été arrêtées par la Commission administrative de la Fondation et approuvées par le Préfet. Elles se trouvent reproduites dans la circulaire préfectorale du 28 mai 1904, qui a été adressée aux Maires des Arrondissements de Paris et de la Banlieue.

Les admissions sont prononcées par la Commission administrative, qui est présidée par le Maire de Clichy et se compose de 2 membres du Conseil municipal de Clichy et de 4 délégués nommés par le Préfet, parmi lesquels 2 membres du Conseil Général de la Seine. La Fondation est entrée en fonctionnement au commencement du mois de juin.

Œuvre des sanatoriums maritimes pour enfants.

L'association dite « *Œuvre des hôpitaux marins* », dont le siège est à Paris, reconnue comme établissement d'utilité publique par décret en date du 9 septembre 1890, portera désormais le titre de : « *Œuvre des sanatoriums maritimes pour enfants.* » En conséquence, l'article 1er des statuts est ainsi modifié : « L'Œuvre des sanatoriums maritimes pour enfants a pour objet... » — L'article 2, § 2, portera également : « Sont membres bienfaiteurs ceux qui fondent un lit dans un des établissements relevant de l'Œuvre des sanatoriums maritimes pour enfants. (Décret du 21 septembre.)

Piqures de guêpes. — Un pensionnaire de l'asile départemental des Petits-Prés, à Plaisir, près de Versailles, Charles Charbonnier, était piqué à la gorge par une guêpe ces jours-ci, au moment où il mangeait une poire. Il se fit panser, puis partit dans les champs exécuter quelques travaux. Le soir il ne rentra pas, et, malgré toutes les battues, ce ne fut qu'hier qu'on trouva son cadavre dans un fossé. La piqûre de la guêpe avait provoqué une enflure intense au palais, et le malheureux, ne pouvant appeler au secours, était mort étouffé. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 4 sept.)

Lèpre a Barcelone. — Une dépêche de Barcelone dit que la lèpre a fait son apparition dans la ville, apportée par des personnes venant de Valence. La maladie a été officiellement reconnue par les membres du conseil sanitaire. (*Journ. de méd. de Bordeaux*).

VARIA

Bourses de doctorat.

Un arrêté ministériel du 20 septembre fixe ainsi les conditions pour l'obtention de ces bourses.

Art. 1er. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie le mardi 25 octobre 1904.

Art. 2. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 15 octobre à quatre heures.

Art. 3. — En exécution des prescriptions de l'arrêté du 24 décembre 1901, les épreuves du concours consistent en compositions écrites.

Art. 4. — Sont admis à concourir : 1° Les candidats pourvus de 4 inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année. L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie) ; — 2° Les candidats pourvus de 8 inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire. Les épreuves sont : *a*) Une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie) ; ou une composition d'histologie ; — *b*) Une composition de physiologie.

3° Les candidats pourvus de 12 inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le deuxième examen probatoire. Les épreuves sont : *a*) Une composition de médecine ; — *b*) Une composition de chirurgie.

4° Les candidats pourvus de 16 inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le troisième examen probatoire. Les épreuves sont : *a*) Une composition de médecine. *b*) Une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements. Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Art. 5. — Les candidats qui justifient de la mention *bien* au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettre-philosophie) et d'un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques et naturelles pourront obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de première année.

(*Officiel* du 21 septembre 1904.)

Bourses de pharmaciens.

Un arrêté du 20 septembre fixe comme il suit les conditions pour l'obtention des bourses de pharmacien.

Art. 1er — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacien de 1re classe aura lieu au siège des écoles supérieures de pharmacie et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie le mardi 25 octobre 1904.

Art. 2. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 15 octobre à quatre heures.

Art. 3. — Sont admis à concourir : 1° les candidats pourvus de 4, 8 ou 12 inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* les examens de fin de 1re et de 2e année et l'examen semestriel ; 2° les pharmaciens de 1re classe aspirant au diplôme supérieur.

Art. 4. — En exécution des prescriptions de l'arrêté du 24 décembre 1891, les épreuves du concours consistent en compositions écrites portant sur les matières énumérées dans le programme suivant : Elèves à 4 inscriptions : 1° Physique et chimie ; 2° Botanique. — Elèves à 8 inscriptions : 1° Chimie organique ; 2° Matière médicale et pharmacie. — Elèves à 12 inscriptions : 1° Pharmacie galénique ; 2° Chimie analytique et toxicologie.

Candidats au diplôme supérieur :

Section des sciences physico-chimiques : 1° Physique ; 2° Chimie. — Section des sciences naturelles : 1° Botanique: 2° Zoologie. — Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Art. 5. — Les candidats pourvus du grade de bachelier de l'enseignement secondaire classique ou moderne qui ont été admis à ce grade avec la mention *bien* pourront obtenir sans concours une bourse de première année.

Curieuse opération chirurgicale. — La pêche.

Une curieuse opération vient d'être faite à l'hôpital de Saint-Pierre sur un marin de la *Mathilda*, nommé Roux, ramené des bancs dans le courant de juin par le navire hôpital pour un abcès à la joue droite. Voici ce que raconte, à ce propos, le docteur Gallas.

Roux croyait que son abcès provenait de l'extraction d'une dent pratiquée quelques jours avant son départ de France. Croyant sentir dans la plaie des esquilles osseuses, assez profondes (à quatre centimètres environ), j'insensibilise le malade à la cocaïne, j'agrandis la plaie par deux incisions en croix et arrive sur le corps étranger. Après de nombreux efforts j'extrais à l'aide d'un davier une lame de couteau de huit centimètres de long, couverte de rouille et de productions osseuses, mais parfaitement reconnaissable.

Roux m'a alors raconté que, cinq ans auparavant, il avait reçu dans la région temporale gauche un violent coup de couteau, lequel s'était brisé au ras de la peau qui s'était cicatrisée par-dessus. Appelé pour son service militaire, il a été admis à l'hôpital maritime de Brest où il resta sept mois pendant lesquels on procéda à plusieurs tentatives d'extraction. Examiné aux rayons X, on ne trouvait aucune trace du corps étranger. La seule chose visible était une contracture de la mâchoire qui empêchait Roux d'ouvrir la bouche de plus de trois ou quatre centimètres. A la fin il fut réformé et renvoyé chez lui.

Depuis, il a toujours fait la pêche et ne ressentait plus que de la gêne dans la mastication due à la contracture de la mâchoire. Au moment de partir, cette année, ainsi que je l'ai dit plus haut, il se fit extraire une molaire de la mâchoire supérieure, cause, croyait-il, de son abcès. Le plus curieux est que le couteau, entré du côté gauche de la plaie, en a été extrait du côté droit, la pointe en avant. Pendant ses cinq années de séjour dans les tissus, il a donc complètement traversé les divers organes de la face pour venir se faire jour au point d'où il a été extrait. (*La Patrie*, 3 septembre 1904.)

Ecoles annexes de médecine navale.

Les jurys des concours qui auront lieu à Brest en septembre et octobre prochains, pour des emplois de professeur et de prosecteur dans les écoles annexes de médecine navale, seront composés comme suit :

Concours du 28 septembre 1904. Pour un emploi de prosecteur d'anatomie). — M. Friocourt, directeur du service de santé, président; M. Porquier, médecin de 1re classe, membre; M. Condé, médecin de 1re classe, membre.

Concours du 5 octobre 1904. — 1° Pour la chaire d'histologie et de physiologie à l'école de Rochefort: M. Auffret, inspecteur général du service de santé, président ; M. Baret, médecin en chef, membre ; M. Valence, médecin principal, membre; 2° Pour les chaires de physique et de chimie biologique aux écoles de Brest et de Rochefort : M. Auffret, inspecteur général du service de santé, président; M. Taillotte, pharmacien en chef, membre; M. Cavalier, pharmacien principal, membre. Les noms des officiers du corps de santé de la marine désireux de prendre part à ces concours devront être télégraphiés au ministère au moins cinq jours avant la date d'ouverture des épreuves.

Hommage aux savants : Plaques commémoratives. — Leçons de choses.

On sait que ce fut dans les carrières de Montmartre que Cuvier trouva, en 1798, les ossements qui furent l'origine de ses découvertes. Le savant était alors professeur d'histoire naturelle à l'Ecole centrale du Panthéon ; il se rendait souvent dans ces carrières. Le souvenir de cet événement scientifique vient d'être consacré par une plaque commémorative en marbre blanc, apposée rue Ronsard, sur l'un des rochers en bordure de cette rue et près de l'escalier Sainte-Marie, qui escalade la Butte jusqu'au Sacré-Cœur.

Les plaques commémoratives de ce genre sont assurément très utiles pour l'instruction de tous. Malheureusement, elles n'y peuvent contribuer que dans une très faible mesure.

Il y a plus et mieux à faire. Le Conseil municipal devrait compléter les plaques des rues portant le nom des citoyens qui ont rendu des services par l'indication de leur profession, la date de leur naissance et de leur mort. Il devrait aussi mettre des étiquettes sur les arbres, les arbustes, les fleurs des squares et des parcs publics. Nous avons appelé bien des fois l'attention sur ces procédés d'enseignement employés dans certains pays étrangers et même dans quelques villes de province.

LES CONGRÈS

Congrès des Sociétés savantes.

Le 43e congrès des Sociétés savantes de Paris et des départements se tiendra à Alger en 1905. Par suite de la tenue dans cette ville, à la même époque, de la session du 14e congrès international des orientalistes, les dates primitivement fixées pour la réunion des Sociétés savantes ont dû être modifiées, et le ministre de l'instruction publique a décidé que la séance d'ouverture aurait lieu le mercredi 19 avril, à 2 heures précises. Les travaux du congrès seront poursuivis pendant les journées des jeudi 20, samedi 22 et mardi 25 avril. Ils seront donc suspendus les 21, 23 et 24 avril. La séance de clôture aura lieu le mercredi 26, également à 2 heures.

Société Internationale de Chirurgie.

Le premier Congrès de la Société Internationale de Chirurgie aura lieu à Bruxelles en septembre 1905, sous la présidence de M. le Prof. Th. Kocher, de Berne. Le Congrès, qui comprendra les seuls membres de la Société, sera consacré exclusivement a la discussion des questions mises à l'ordre du jour.

Questions mises à l'ordre du jour : 1° Valeur de l'examen du sang en chirurgie. Rapporteurs : MM. W. W. Keen (Philadelphie) ; Sonnenburg (Berlin) ; Ortiz de la Torre (Madrid) ; Depage (Bruxelles).—2° Traitement de l'hypertrophie prostatique. Rapporteurs : MM. Reginald Harrison (Londres) ; Rovsing (Copenhague) ; von Rydygier (Lemberg). — 3° Interventions chirurgicales dans les affections non cancéreuses de l'estomac. Rapporteurs : MM. Mayo Robson (Londres) ; von Eiselsberg (Vienne) ; Mattoli (Ascoli Piceno) ; Monprofit (Angers) ; Rotgans (Amsterdam) : Jonnesco (Bucarest). — 4° Traitement de la tuberculose articulaire. Rapporteurs : MM. Bier (Bonn) ; Broca (Paris) ; Bradford (Boston) ; Codivilla (Bologne) ; Willems (Gand). — 5° Traitement de la péritonite. Rapporteurs : MM. Lennander (Upsala) ; Friedrich (Leipzig) ; Lejars (Paris) ; Mc Cosh (New-York) ; Krogius (Helsingfors) ; de Isla (Madrid). 6° Diagnostic des maladies chirurgicales du rein. Rapporteurs : MM. Albarran (Paris) ; Kümmell (Hambourg) ; Giordano (Venise) ; Lambotte (Bruxelles).

Toutes les communications relatives au Congrès doivent être adressées, jusqu'à nouvel ordre, a M. le Dr Ch. Willems, Delégué pour la Belgique, 6, place Saint-Michel, à Gand.

Congrès international de Sauvetage et de Secours publics.

(25 septembre au 2 octobre.)

L'ouverture du *Congrès de Sauvetage et de Secours publics* aura lieu au Grand Palais des Champs-Elysées le 25 septembre prochain sous la présidence de M. le Dr Piettre, sénateur, et de M. Féron, député, assistés du Dr Frébault ; délégué général, du Dr Grunberg, secrétaire général et du Dr Cornet, trésorier du Comité d'organisation.

Le Congrès est divisé en 6 sections : 1° Sauvetage fluvial ; président : Dr Piettre, sénateur ; 2° Sauvetage en cas d'incendie, avant l'arrivée des pompiers, président : M. Guesnet ; 3° Sauvetage maritime ; président d'honneur : Vice-Amiral Duperre ; président : M. André Lebon, ancien ministre, président de la Compagnie des messageries maritimes ; 4° Secours sur la voie publique, dans les théâtres, les voies ferrées ; président d'honneur : docteur Thoinot, directeur des secours publics à Paris ; président Dr Floquet, médecin en chef du Palais de justice ; 5° Sauvetage en temps de guerre terrestre et maritime ; président : Dr Bazy, chirurgien des hôpitaux ; 6° Secours dans les usines ; président M. Dumont président de l'Association des industriels de France.

Toutes les communications intéressant le Congrès doivent être adressées au Dr Grunberg, secrétaire général du Comité d'organisation et les adhésions au Dr Cornet, au Grand-Palais des Champs-Elysées.

Il y aura un *Dîner* des Congressistes mercredi prochain, 28 septembre, à 7 h. 1/2, à la Taverne du Nègre (17, boulevard Saint-Denis), sous la présidence de M. Tissier, chef de cabinet du Ministre de la Marine. Les dames sont admises. Les cartes d'adhésion au dîner (prix 5 fr. 50) sont délivrées par le Dr Cornet, 73, boulevard Saint-Germain (Ve).

Association française d'Urologie (20-22 octobre 1904). — La huitième session se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du 20 au 22 octobre 1904, sous la présidence de M. le Professeur Guyon. Secrétaire général : M. E. Desnos, 59, rue de La Boétie, Paris.

Congrès Français de médecine ; 7e Session (Paris, 24-27 octobre 1904.) — Ce Congrès se tiendra cette année à Paris, du 24 au 27 octobre inclusivement, sous la présidence du professeur Cornil. Pour les renseignements et les communications, s'adresser à M. le Dr Enriquez, secrétaire général adjoint, 8, avenue de l'Alma.

1er Congrès d'Assainissement et de Salubrité de l'habitation.

Sur la demande d'un grand nombre d'adhérents et en raison d'autres Congrès qui doivent se réunir à la même époque, la date d'ouverture a été changée. La réunion aura lieu du 1er au 8 novembre. Le 1er et le 2, séances préparatoires ; le 3, séance solennelle d'inauguration. Les hygiénistes qui désirent participer a cet intéressant Congrès sont priés d'envoyer leurs adhésions dans le plus bref délai, au Secrétaire Général, M. Marié-Davy, 7, rue Brézin, à Paris (14e). Les Congressistes bénéficieront d'une réduction de 50 0/0 sur tous les grands réseaux de chemins de fer français et sur diverses Compagnies étrangères.

Association d'enseignement médical professionnel.

Cours de vacances.

(Vacances 1904.)

Du lundi 19 septembre au samedi 1er octobre, des cours et démonstrations pratiques, dont la liste suit, se feront à l'hôtel des sociétés Savantes, rue Serpente et dans différents services.

1° *A l'Hôtel des sociétés Savantes, rue Serpente* : Bactériologie, Dr Veillon. — Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique, Dr Leredde. — Massage, Dr Marchais. — Maladies des voies urinaires, Dr Nogues.— Electrothérapie, Dr Zimmern. — Accouchements, Dr Dubrisay. — Maladies nerveuses, Dr Sollier. — Hygiène et thérapeutique infantiles, Dr Lesné.

2° *Dans différents services.* — Gynécologie, Dr Arrou (Saint-Antoine). — Chirurgie pratique, Dr Souligoux (Lariboisière). — Auscultation, Dr Caussade (Tenon). — Maladies de l'estomac, Dr Soupault (Bichat). — Oto-rhino-laryngologie, Dr Laurens (Bichat). — Ophtalmologie, Dr Morax (Lariboisière).

Le droit d'inscription pour chaque cours (qui comprendra en moyenne 8 à 10 leçons) est fixé à 20 francs, payables en s'inscrivant. On peut s'inscrire par correspondance. Les programmes détaillés seront envoyés sur demande. — Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser au Dr Marchais, hôtel des Sociétés Savantes, rue Serpente.

Association française de chirurgie.

(17e congrès, 17-22 octobre 1904).

Le 17e Congrès de l'Association Française de Chirurgie, s'ouvrira à Paris, à la Faculté de Médecine, le lundi 17 octobre 1904, sous la présidence de M. le Dr S. Pozzi, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de Médecine, chirurgien de l'hôpital Broca. Trois questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès : 1° Traitement chirurgical de la cirrhose du foie, rapporteur : M. Monprofit, d'Angers. — 2° Valeur séméiologique de l'examen du sang en chirurgie, rapporteur : M. Tuffier, de Paris. — 3° Décollement traumatique des épiphyses, rapporteur :

M. Kirmisson, de Paris Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser à M. le docteur Walther, secrétaire général, 21, boulevard Haussmann, à Paris.

Pendant toute la durée du Congrès une *Exposition d'Instruments de Chirurgie* et *d'Objets de Pansements* sera installée dans le grand vestibule de la Faculté de Médecine Des vitrines seront mises à la disposition des Membres du Congrès, pour exposer les instruments et les appareils nouveaux qu'ils désireraient présenter. *Les Membres du Congrès* qui ont l'intention d'exposer sont priés de vouloir bien en informer *immédiatement* le Secrétaire général (M. le Dr. Ch. Walther, 21, boulevard Haussmann, à Paris), en indiquant la nature des objets exposés et, pour les grands appareils, la surface nécessaire.

FORMULES

XI. — Lotion contre le prurit du cuir chevelu.

(Brocq.)

Ammoniaque.............................. 2 cuillerées à café.
Rhum..................................... 3 » à soupe
Eau de feuille de noyer.................. 1 grand verre.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 4 septembre au samedi 10 septembre 1904, les naissances ont été au nombre de 986, se décomposant ainsi : légitimes 737, illégitimes 249.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 691, savoir : 352 hommes et 339 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 9 — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. Variole : 3. - Rougeole : 3 Scarlatine : 0. — Coqueluche : 7. — Diphtérie et Croup : 5. — Grippe : 0. — Choléra asiatique 0 Choléra nostras : 0 — Autres maladies épidémiques . 6. — Tuberculose des poumons : 166 — Tuberculose des méninges : 16. — Autres tuberculoses . 8 — Cancer et autres tumeurs malignes : 54. — Méningite simple : 16. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 37 — Maladies organiques du cœur : 41. — Bronchite aiguë : 5. — Bronchite chronique : 9. - Pneumonie : 21. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 30. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 2. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 4 ; autre alimentation : 58 Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 3. - Hernies, obstruction intestinale : 8. - Cirrhose du foie : 8. — Néphrite et mal de Bright : 14. Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 4. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 3. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : 25. — Débilité sénile : 25. — Morts violentes : 14. — Suicides : 5. — Autres maladies : 77. — Maladies inconnues ou mal définies : 10.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 60, qui se décomposent ainsi : légitimes 32, illégitimes 28.

Hospice de Montpellier. — *Concours pour une place d'interne titulaire et une place d'Interne provisoire dans l'Asile public d'aliénés de l'Hérault* (Clinique des maladies nerveuses et mentales). — Le lundi 12 décembre 1904, à 8 heures du matin, il sera ouvert à l'hôpital général un concours pour une place d'Interne provisoire dans l'asile public d'aliénés de l'Hérault. Seront admis à ce concours les étudiants en médecine ayant huit inscriptions et étant âgés de 21 ans au moins.

Les plis cachetés aux Académies. — D'après le *Bulletin de Thérapeutique* du 23 août 1904, le nombre des plis cachetés déposés à l'Académie de médecine et à l'Académie des sciences prend des proportions tellement considérables que la première de ces Compagnies à décidé, depuis plusieurs années, de ne plus les accepter. A l'Académie des sciences, on se trouve dans la nécessité d'aménager un local nouveau pour les loger. Il y a, paraît-il, des plis qui remontent à 200 ans. M. Berthelot avait émis l'avis qu'on pourrait détruire tout pli dont le dépôt daterait de plus de 50 ans, mais cette question a été combattue par plusieurs académiciens. La question sera soumise à la Commission administrative de l'Académie, qui se prononcera en dernier ressort. Il nous semble qu'on pourrait, sans nuire aux dépositaires des plis ni à leurs héritiers, se ranger à l'opinion de M. Berthelot. (*Répertoire de pharmacie* du 10 septembre.)

La fièvre typhoïde a Clermont-Ferrand. — On mande de Clermont-Ferrand : « En raison de l'épidémie de fièvre typhoïde qui règne au 105e d'infanterie à Riom, les réservistes de cette garnison ont été renvoyés dans leurs foyers. (*L'Aurore* du 16 septembre.)

Création d'une clinique (donation Valancourt) — Décret du 1er juillet. — Article premier — Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris est autorisé à accepter sous bénéfice d'inventaire, aux clauses et conditions énoncées, le legs universel fait à cette administration par M. Valancourt (Louis-Eugène), suivant ses testaments olographes des 5 et 7 septembre 1902, à charge d'employer le montant de la libéralité à la création d'une *clinique*. Les valeurs comprises dans la succession seront aliénées au cours de la Bourse ; le produit, déduction faite des frais de première installation, d'après des plans et devis régulièrement approuvés, sera placé en rentes 3 % sur l'Etat français avec mention sur l'inscription de la destination des arrérages. — Art. 2 — Il est déclaré que la libéralité dont l'acceptation est autorisée par l'article précédent a le caractère de bienfaisance prévu par l'art. 19 § 2, de la loi du 25 février 1901.

Etablissements vaccinogènes. — Un arrêté préfectoral du 7 août réglemente ainsi ces établissements.

Article premier. La commission chargée de la surveillance et du contrôle des établissements destinés à préparer ou distribuer du vaccin dans Paris et le département de la Seine est constituée à dater du 8 août 1904.

Art. 2. Cette commission est composée de : M. le Secrétaire général de la préfecture de la Seine, président ; M. le Dr Chantemesse, membre de l'Académie de médecine, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine ; M. le Dr Roux, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, directeur de l'Institut Pasteur ; M. Martel, chef du service vétérinaire sanitaire de la Seine ; MM. Culaud et Juillerat, chefs de bureau à la préfecture de la Seine, secrétaires administratifs du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, rempliront les fonctions de secrétaires.

Hypnotiques. — Les hypnotiques découverts depuis l'introduction dans la médecine de l'hydrate de chloral par Liebreich en 1869 sont, par ordre chronologique : uréthane, paraldéhyde, hydrate d'amylène, sulfonal, trional et chloralformanide ; puis plus récemment le dormiol, puis enfin l'hédonal ou méthylpropy carbinal uréthane. (Les *Nouveaux remèdes* du 8 septembre.)

Mont-de-piété. — Par arrêté de M. le président du conseil ministre de l'intérieur et des cultes en date du 7 septembre 1904, M. Martin-Feuillée (Félix Joseph), préfet des Ardennes, a été nommé directeur du Mont-de-Piété de Paris, en remplacement de M. Duval (Edmond), admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite et nommé directeur honoraire.

Chronique des Hôpitaux.

Concours pour les prix a décerner aux élèves externes en médecine pour l'année 1904-1905 et la nomination aux places d'élève interne en médecine vacantes le 1er mai 1905 — L'ouverture du concours pour les prix de l'internat et la nomination des internes aura lieu le lundi 19 décembre 1904, à midi précis. Les élèves seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 3 heures, depuis le mercredi 2 novembre jusqu'au mercredi 30 du même mois inclusivement. Un avis ultérieur indiquera le lieu où les Candidats devront se réunir pour la première épreuve. Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les Candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours. Un numéro d'ordre qui leur sera remis à l'entrée déterminera la place qu'ils devront occuper pour rédiger leur composition. La lecture des compositions ainsi que l'épreuve orale auront lieu dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies des organes génito-urinaires.

Livres en vente au *PROGRÈS MÉDICAL*

Baseilhac. — Traité sur la lithotomie. 1 vol. In-8° de 368 pages, 1804. Edition de Gabon. Prix.................... 10 fr.

Berlioz (A.). — Recherches cliniques et expérimentales sur le passage des bactéries dans l'urine. 1 vol. In-8° de 146 pages. Edition Doin de 1887. Prix.................... 2 fr.

Demarquay (J.-N.). — Maladies chirurgicales du pénis. 1 vol. In-8° de 6?8 pages avec planches. Edition Delahaye de 1877. Pr. 8 fr.

Dubourg (Elisée). — Recherches sur l'amylase de l'urine. In-8° de 58 pages. Thèse de Paris. Prix.................... 1 fr.

Henrotay (J.). — Un fœtus pseudencéphalien anorchide. In-8°

de 6 pages. Extrait des *Ann. de la Société de Médecins d'Anvers*, 1896.......... 0 fr. 50

Pasquier. — Observation d'électrolyse linéaire pour un rétrécissement de l'urèthre. In-8° de 8 pages. Extrait du *Bull. med. du Nord*. Prix.......... 0 fr. 50

Reybard (J.-F.). — Traité pratique des rétrécissements du canal de l'urètre. 1 vol. In-8° de 600 p. Edition Labbé de 1853. Prix. 8 fr.

Librairie O. DOIN
8, place de l'Odéon.

Rothschild (H. de). — Dyspepsie et infections gastro-intestinales des nourrissons. 1 vol. In-8° de 192 pages avec fig. Pr. 4 fr.

Jolivel (Mme A.). — Bicêtre autrefois et aujourd'hui. In-16 de 52 pages. Imp. Baudry, Vesoul. 1904.

Noble (Charles). — Some on the more unusual results of movable kidney. In-16 de 12 pages. Philadelphia.

Noble (Charles). — The treatment of fibroid tumors of the uterus. In-8° de 8 pages. Philadelphia.

Noble (Charles). — Personnal experience in operations upon diabetic patients. In-8° de 8 pages. Philadelphia.

Noble (Charles). — Report of a case of the invasion of a fibromyoma of the uterus by an adenocarcinoma, which by metaplasia had assumed the appearance of a squamous cell carcinoma. In-8° de 6 pages. Philadelphia.

Noble (Charles). — Observations upon gastric, intestinal, and liver surgery in the german clinics. In-8° de 12 p. Philadelphia.

Raimann (Emil). Die Hysterischen Geistesstœrungen. 1 vol. in-8° de 396 pages. Deuticke à Wien, 1904.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

3e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XX. No 40. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 1er OCTOBRE 1904

Le Progrès Médical

THERAPEUTIQUE

De quelques formes de nanisme et de leur traitement par la glande thyroïde ;

Par **BOURNEVILLE** et **Reine MAUGERET** (1).

§ V. Nanisme Mongolien.

Le *nanisme* relatif constitue l'un des caractères d'une forme d'idiotie décrite par les auteurs anglais, qui semblent s'en être occupés les premiers, sous le nom d'*idiotie mongolienne* ou *kalmouke*. L'un de nous en a rapporté déjà un certain nombre d'exemples (2) et mis en relief les principaux traits cliniques, offerts par ces malades et qui permettent d'en faire un groupe bien net. L'arrêt de développement de la taille a paru fournir une indication sérieuse du traitement thyroïdien. Nous verrons que l'anatomie pathologique, montrant des lésions de la glande thyroïde, a justifié ce mode de traitement. Comme nous avons donné déjà (3) un résumé des résultats fournis par le *traitement thyroïdien*, nous nous contenterons d'en rapporter une seule observation.

OBS. LVII. — IDIOTIE MONGOLIENNE ; TUBERCULOSE PULMONAIRE.

SOMMAIRE. — *Père rien de particulier ; — Mère, rien à noter, sauf quelques céphalalgies. — Grand-père paternel, quelques excès de boisson. — Oncle maternel, mort d'hémorrhagie cérébrale. — Petite cousine, faible d'esprit. — Gémellarité. — Un frère mort de tuberculose.*
Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 7 ans. — Père plus âgé.
Conception rien d'anormal. — Grossesse, accidentée par des ennuis, mais ni peurs ni coups. — Première dent à 13 mois. — Dentition complète, marche, propreté, tardives. — Début de la parole à 15 mois, évolution lente, prononciation défectueuse, voix enrouée. — Premiers signes de l'idiotie. — Rougeole à 2 ans ½. Coqueluche vers 3 ans. Blépharite chronique. — Constatation de l'idiotie vers 18 mois. — Abcès cervical. — Notions du bien et du mal. Puérilisme. — Végétations adénoïdes.
1903. — *Description de la malade. — Traitement thyroïdien : accroissement de la taille. — Amélioration intellectuelle. — Bronchite, stomatite, péritonite, entérite, tuberculose pulmonaire. — Mort. Autopsie.*

Maitr.. (Mina Germaine), née à Paris le 28 septembre 1891, est entrée à la Fondation Vallée le 2 mai 1902 et y est décédée le 4 mars 1094.

Antécédents (*Renseignements fournis par sa mère*). — PÈRE, 58 ans, forgeron, très-bien portant, né au Creusot ; venu à Paris vers 45 ans ; marié à 27 ans ; boit très-peu ; n'est pas nerveux ; pas de convulsions, pas de fièvre typhoïde ; pas d'indices de syphilis ; exempté du service militaire pour *défaut de taille*.
[Son *père*, mort à 72 ans de pneumonie, ne buvait pas. — Sa *mère* est morte à 82 ans, de cause inconnue. — Aucun renseignement sur les *grands-parents paternels* ni *maternels*. — Du côté paternel, un oncle, mort on ne sait de quoi, sans enfants. — Du côté maternel, un oncle, mort aussi on ne sait de quoi, ayant eu plusieurs enfants, sur lesquels on n'a pas de renseignements. — Un *frère* et 2 *sœurs*, bien portants ; 1 *frère*, mort à 52 ans de pneumonie ; 1 autre *frère*, mort récemment ; aucun d'eux, ni leurs enfants, n'ont eu de convulsions. — Rien de particulier à signaler dans le reste de la famille. Aucun autre exemple de *type mongolien*.]

MÈRE, 52 ans, ménagère ; d'un bon aspect général ; née au Creusot, venue à Paris à 27 ans comme nourrice ; réglée à 16 ans, d'abord irrégulièrement puis normalement ; elle n'a eu ni convulsions, ni fièvre typhoïde. Elle n'a pas de migraines, mais quelquefois des *céphalalgies*, plutôt rares ; elle n'est pas de tempérament nerveux ; pas d'alcoolisme ; aucun indice de syphilis. — [Son *père*, mort à 48 ans des suites d'un accident de voiture, était bien portant ; il faisait quelques *excès de boisson*, « mais on ne peut pas dire qu'il tombait dans le vin ». — Sa *mère*, morte à 65 ans, de cause inconnue (vieillesse, fatigues). — *Grand-père* et *grand'mère paternels*, morts vers 75 ans, on ne sait de quoi. — *Grand-père maternel*, mort vers 65 ans, et *grand'mère maternelle* à 77 ans, pour tous deux on ne sait de quoi. — Du côté paternel, oncles et tantes, sur la mort desquels on n'a pas de renseignements. — Du côté

(1) Voir le *Progrès Médical*, nos 24, 25, 26, 28, 38 et 39.
(2) Bourneville. — Art. dans *Traité de médecine* de Brouardel et Gilbert, t. IX, p. 58 ; — *Idiotie du type mongolien, Compte-rendu* de 1901, p. 137-147 : — *Idiotie du type mongolien, Compte-rendu* de 1902, p. 3-18 ; — Bourneville et J. Boyer, *Imbécillité congénitale, type mongolien*, *Ibidem*, p. 24-35 ; — Bourneville, *Congrès des aliénistes et neurologistes*, de Bruxelles 1903, t. II, p. 282.
(3) Voir *Progrès médical*, 1903, no 34, p. 120, et *Archives de neurologie*, 1903, 2e série, t. XVI, p. 252.

maternel, 8 oncles et tantes ; l'une de ces tantes serait morte de *folie* quelques jours après avoir accouché de deux *jumelles*, lesquelles vivent encore, sont bien portantes, mariées, et auraient des enfants, mais pas de jumeaux. — 3 *frères* et 3 *sœurs :* 2 des frères sont vivants, très-bien portants, et n'ont pas d'enfants ; l'autre est mort à 47 ans, d'*hémorrhagie cérébrale* avec *hémiplégie*, quelques jours après l'attaque sans avoir repris connaissance. — 2 des *sœurs* sont mortes, l'une en couches à 36 ans, l'autre à 56 ans on ne sait de quoi ; l'autre est vivante, en bonne santé. L'une d'elles a eu deux *jumeaux :* un garçon, actuellement âgé de 13 ans, bien portant, et une fille « qui est morte en venant au monde. » Tous les enfants de ces frères et sœurs sont en bonne santé, et n'auraient pas eu de convulsions. — Dans le reste de la famille, rien à signaler, sauf une petite cousine *faible d'esprit*, mais qui était cependant capable de gagner sa vie. Aucun autre exemple de type mongolien.]

Pas de consanguinité, bien que le père et la mère soient tous deux du Creusot.— Inégalité d'âge de 7 ans (père plus âgé).— Mariés : le père à 27 ans, la mère à 20.

Neuf enfants, pas de fausses couches. Aucun des enfants n'a eu de convulsions ni de chorée. — 1° une fille, actuellement âgée de 31 ans, toujours très bien portante depuis sa naissance, ainsi que ses trois enfants; — 2° un garçon 29 ans, bien portant, de même que sa fille ; — 3° un garçon, mort à 2 ans, de bronchite(?) ; 4° un garçon, mort *tuberculeux* à 20 ans n'avait jamais eu de santé; -- 5° un garçon, actuellement âgé de 21 ans, soldat, très bien portant; — 6° un garçon, âgé de 18 ans, rien à noter ; — 7° une fille, morte en naissant ; — 8° une fille, âgée de 13 ans 1/2, bien portante ; — 9° la malade.

La malade.— Rien à signaler en ce qui concerne la *conception*.— Pendant la *grossesse*, vif ennui de la mère de se voir encore enceinte : « J'étais vieille déjà, j'avais 42 ans et une fille mariée, aussi j'étais vivement contrariée. J'ai pris quelques tisanes, un peu de safran, mais rien ne l'a fait passer. Je me faisais tellement d'ennui, que je me figurais que je n'aurais pas un enfant comme il faut. » Rien autre à signaler durant la grossesse.— Premiers mouvements de l'enfant, vers six mois, semblables aux mouvements des autres enfants.— *Accouchement* à terme, normal, par le sommet en 3 heures.— *A la naissance*, pas d'asphyxie, pas de circulaire autour du cou. L'enfant était assez grosse, elle pesait dans les 7 livres. Elle a crié de suite.— *Allaitement* au sein, par la mère ; elle a bien pris le sein.— Pas d'accès de cris. Elle était plus calme que ses frères et sœurs.— Sevrée à 18 mois.

Première dent vers 13 mois. La première dentition a été mauvaise. « Elle était en retard pour ses dents, par rapport à mes autres enfants. Elle a été aussi plus tardive pour la marche qui n'a eu lieu qu'à 18 mois. Elle n'a été propre qu'à 2 ans 1/2, plus tard que ses frères et sœurs ». —La *parole* a débuté à 15 mois son évolution a été très lente, il n'y a que 2 ans qu'elle a fait des progrès; elle a toujours mal prononcé, et sa voix est enrouée.— Sa tête était petite à la naissance, mais les fontanelles se seraient fermées comme chez ses frères et sœurs.

Jamais de convulsions.— C'est vers l'âge de 18 mois que la mère a constaté que son enfant était en retard, « parce que je ne voyais pas sa physionomie comme les autres, parce qu'elle ne faisait pas attention. » Puis vers l'âge de 3 ou 4 ans, les parents sont devenus inquiets de son état mental : l'enfant était très propre, mais inintelligente.

Caractère doux, pas d'accès de colère. Pas de mauvais instincts, elle n'est ni menteuse, ni gourmande, ni voleuse ; elle aurait plutôt peur du feu. Pas d'onanisme. — « Elle sait, bien quand elle fait mal. — Elle s'amuse le plus souvent, comme un tout petit enfant, quelquefois cependant, comme un enfant de son âge, mais elle est plutôt bébé ». — Elle sait manger et s'habiller seule. — Elle n'a pas eu de vers. — Sentiments affectifs très développés : « elle est très affectueuse, si on la gronde elle vous embrasse », elle est caressante pour tout le monde.— Elle pleure facilement.— La mère ne peut préciser l'époque à laquelle son attention s'est un peu fixée.— Mise à l'école dans une petite pension, vers 8 ans, elle y resta 2 ans mais n'y apprit rien; elle ne retient rien et ne connait même pas ses lettres. On la mit ensuite à l'école communale où elle séjourna 6 mois ; la maitresse déclara qu'elle amusait plutôt les autres et n'apprenait rien, et c'est elle qui conseilla de la placer pour l'améliorer.— L'enfant ne ressemble ni à son père ni à sa mère.— Comme *maladies infectieuses*, elle a eu : une *bronchite* (?), la *rougeole* vers 2 ans 1/2, la *coqueluche* vers 3 ans. Comme accidents scrofuleux, elle a eu un *abcès* sur le côté droit du cou, et de la *blépharite* : *depuis l'âge* de 2 ans 1/2, *elle a eu souvent mal aux yeux*, ses *yeux sont presque toujours rouges, et les paupières sont collées*, je les soigne facilement. Mes autres enfants *n'ont pas de plaques rouges sur les joues*.— A 6 ans, on lui enleva des *végétations adénoïdes*, il y en avait peu, une seule opération suffit : « cela ne lui a pas fait grand chose ». — L'enfant n'a subi aucun traumatisme ni sévice.—La mère attribue l'état de son enfant à ses ennuis durant sa grossesse.

État actuel (mai 1902). — L'état général de l'enfant est médiocre. Elle est maigre, et ne paraît pas avoir une bonne santé. Elle tousse, et sa voix est voilée. — Elle présente au premier aspect le *type mongolien* bien net (*Fig*. 21). La physionomie est peu expressive ; le regard est sans expression ; l'enfant paraît timide et baisse la tête dès qu'on lui parle. Les *pommettes* et le *menton* sont *très rouges*. — Les cheveux sont châtain clair. — Il existe de petite cicatrices sur le côté droit du dos, à l'angle de l'omoplate.



Fig. 21.

Tête. — Le *crâne* n'est nullement microcéphale ; ses deux moitiés sont symétriques. *Les fontanelles sont soudées*. — Le visage est de forme ovale. Les yeux présentent assez nettement la forme en amande, qui se rencontre dans la race mongole. Ils sont petits. Il y a un très-léger degré de *strabisme*. Il y a aussi une légère saillie du globe oculaire, qui cependant est bien recouvert par la paupière supérieure. Motilité normale ; pas de nystagmus. Iris bleu. L'enfant ne connait pas les couleurs. Elle présente de la *blépharite chronique*. — Le *nez* est gros et aplati. L'*odorat* semble ne pas exister (?). — La *bouche* est petite. Lèvres assez grosses. Langue grosse, mobile. Pas de malformations de la voûte palatine. — Amygdales peu développées. Goût normal ; l'enfant aime les choses sucrées. — Les maxillaires concordent exactement. Ils présentent un rétrécissement latéral assez prononcé. Les dents de lait ne sont pas encore complètement tombées. Les arcades dentaires étant insuffisamment dévelop-

pées, toutes les dents sont très-serrées et chevauchent les unes sur les autres. — Le *menton* est rond. — Les *oreilles* ne présentent pas d'écoulement, le cérumen existe normalement. *Elles sont très-petites*, très-écartées du crâne; rabattues, repliées pour ainsi dire sur elles-mêmes. Pas de tubercule de Darwin. Légère mobilité du pavillon. Oreille droite: hauteur 4 cent., largeur 2 cent., hélix ourlé dans toute sa longueur, haut surtout à sa partie supérieure, entre laquelle et la partie moyenne il y a même une légère dépression: cavité de l'hélix très-profonde et se prolongeant jusqu'à l'incisure de la conque; anthélix assez saillant, à branche supérieure effacée; fossette de l'anthélix large et plate; conque petite, triangulaire et très-profonde; conduit auditif externe très-petit; tragus très-petit; antitragus légèrement renversé en dedans; lobule mince, adhérent, à extrémité relevée. (*Fig.* 22). *Oreille gauche*. Elle ne diffère de la droite que par la largeur, plus forte de 5 mil., et par l'hélix, ourlé largement et plus régulièrement (*Fig.* 23). L'audition des bruits, des sons musicaux et de la parole, est normale; elle est la même des deux côtés. L'attention auditive est naturelle. Mémoire auditive à peu près nulle. Pas d'écholalie. Aucune aptitude musicale, mais l'enfant aime la musique et le chant.



Fig. 22. — *Oreille mongolienne.*

Membres supérieurs suffisamment développés. *Mains* assez petites, rouges, rugueuses et froides. Doigts bien séparés, un peu courts et boudinés. L'enfant met souvent les doigts à sa bouche, mais c'est une manie, il n'y a pas d'onychophagie. Le sens du toucher existe, l'enfant sait distinguer un objet poli d'un objet rugueux. (*Fig.* 24).

Membres inférieurs normaux. *Pieds* très-froids. Les extrémités ont un aspect rouge et rugueux. Réflexe rotulien normal. L'enfant marche bien, mais lentement. Elle ne court pas; monte et descend seule un escalier, mais en s'appuyant toujours à la rampe.

Thorax. — 58 cm. de circonférence au niveau du mamelon. Rien à signaler à la colonne vertébrale. L'enfant tousse et, à l'examen de la poitrine, on entend des râles de bronchite généralisée; la *respiration est très-rude au sommet gauche*. Bruits du cœur normaux.

Abdomen : 55 cm. de circonférence au niveau de l'ombilic. Pas de hernie. Rien de spécial à signaler.

Organes génitaux et puberté. — Aisselles, thorax, glabres, pas de seins. Ventre, fesses, pénil, glabres; grandes lèvres assez fortes, glabres; petites lèvres, clitoris, hymen, normaux; périnée, anus, bras et avant-bras, cuisses et jambes, glabres.



Fig. 23. — *Oreille mongolienne.*

Examen fonctionnel. — L'enfant mange seule, se sert de la cuiller et de la fourchette; a peu d'appétit, ne se montre pas difficile. Mastication lente. Digestions bonnes, ni vomissements, ni rumination; selles régulières, pas de diarrhée;



Fig. 24. — *Main idiote.*

l'enfant est propre le jour, mais gâte toutes les nuits. — La *voix* est voilée; Mai... pousse souvent de petits cris inarticulés. —La *sensibilité générale* est normale. —Le sommeil est très-lourd, sans cris ni cauchemars.

Mait.. est incapable de se laver seule, mais elle se laisse laver facilement et ne craint pas l'eau ; elle est de même incapable de s'habiller seule, de se lacer, de se boutonner, mais elle s'y prête de bonne grâce. Elle ne pleure pas souvent, et jamais sans motif ; au contraire, elle sourit souvent. Elle ne crie pas, ne grince pas des dents, n'a pas de tics ; devient rouge quand on lui fait un reproche, mais n'est pas coléreuse. Elle est plutôt douce et craintive. Elle comprend toutes les questions qu'on lui pose et y répond, mais ne peut tenir une conversation. Elle est très affectueuse, aime beaucoup ses parents auxquels elle fait bon accueil à leur arrivée. En classe, elle se tient bien et est assez docile ; son attention est assez facile à fixer ; elle connait quelques lettres.

L'enfant porte des cicatrices de vaccin, 3 à droite, 2 à gauche. — Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine. — Poids, 19 kgr. — Taille, 1m. 09cent. — La température, prise les 5 premiers jours, oscille entre 36°, 6 et 37°, 4.

Traitement : sirop d'iodure de fer, hydrothérapie, gymnastique, école. En outre, l'enfant est soumise au *traitement thyroïdien* par la glande fraîche ; début le 20 mai ; 0 gr, 25 de glande tous les jours la 1e. semaine, 0 gr, 50 la 2e., 0 gr, 75 la 3e ; 1 gr. la 4e.

Juin. — Sous l'influence du traitement, l'enfant, dont on prend le poids et la taille tous les 8 jours, a vu, dès la 1e. semaine, son poids diminuer, et dès la 3e, sa taille augmenter. Sa température a trois fois atteint 38° et une fois 38°, 5 ; elle se plaignait à ce moment d'avoir mal à la tête. Ni diarrhée, ni vomissements, ni desquamation. Elle est très-altérée et demande continuellement à boire. — Elle est très-affectueuse, allant souvent auprès des infirmières pour se faire caresser. Elle est très-contente de la visite de ses parents, mais elle ne pleure pas en les quittant. Elle ne supporte pas très-bien ses petites compagnes, dont elle se plaint souvent. Elle a appris à s'habiller et se déshabiller presque seule. Mais elle a la manie de se déshabiller quand elle est dans la cour. *Elle s'assied souvent les jambes croisées à la façon des tailleurs.* La gymnastique l'intéresse, mais elle n'est pas très-agile dans ses mouvements. Elle s'est facilement acclimatée dans le service, dont elle connaît bien toutes les habitudes. Elle reconnait sa place partout, et s'y rend directement. En classe, elle est attentive, connait maintenant très-bien ses lettres, et commence à faire des bâtons sur l'ardoise. Elle semble nettement susceptible d'amélioration.

20 *août.* — On cesse le traitement thyroïdien. Il a d'ailleurs été très irrégulier, faute de glande, depuis le 1er juillet (11 jours seulement répartis dans le courant de juillet, et 7 en août). A partir de la 2e quinzaine de juillet, le poids a non seulement cessé de diminuer, mais a même augmenté, aujourd'hui le poids est : 18 k. 900 et la taille de 1m 11. L'enfant a donc gagné 2 cent. en 3 mois. La température n'a dépassé qu'une fois 38° ; elle est à peu près toujours au-dessus de 37°.

26 *août.* — Revaccination sans succès.

3 *octobre.* — *Stomatite*, avec déchaussement des dents, gencives saignantes, haleine fétide, salivation exagérée ; pas de dysphagie, mais mastication presque impossible. — Gargarismes avec une solution de sublimé au 1/5000.

8 *octobre.* — Extraction, au maxillaire inférieur, de la canine de lait droite et de la petite incisive latérale de lait gauche.

1903. *Juin.* — L'enfant a passé tout l'hiver à l'infirmerie. Elle a beaucoup toussé et craché, sa température était parfois élevée ; elle mangeait peu et buvait beaucoup, surtout du lait ; *elle était toujours accroupie (Fig. 25)* ; elle ne se relevait que pour s'asseoir près de la cheminée, car elle aime beaucoup la chaleur. Vu son état maladif, on la maintient à l'infirmerie, bien qu'elle semble actuellement un peu mieux. D'elle-même, elle descend quand il fait beau et va chercher les rayons du soleil. Elle tousse moins, et mange assez bien, mais reste délicate. En raison de son état maladif, elle n'a pas été remise au traitement thyroïdien. Elle est toujours très douce, très affectueuse, mais aussi très indolente, ne faisant jamais un pas plus vite que l'autre. Elle s'habille et se déshabille seule. Au point de vue intellectuel, état stationnaire. Aucun progrès classique, l'enfant n'ayant pas fréquenté l'école. — La *radiographie*, faite le 13 juin, montre la persistance des cartilages épiphysaires.

Puberté et organes génitaux. aisselles glabres ; thorax, glabre à sa face antérieure, présentant un duvet à sa face postérieure ; pas de seins. Aisselles, ventre fesses, pénil glabres. Grandes lèvres pigmentées, la gauche plus épaisse ; petites lèvres, très peu développées ; clitoris très gros, recouvert par un capuchon extrêmement développé, qui fait une forte saillie hors des grandes lèvres ; orifice de l'hymen très large admettant l'extrémité du petit doigt ; colonne antérieure du vagin fortement saillante ; périnée et anus glabres, très pigmentés.

Décembre. — Mait.., toujours chétive, n'a pas quitté l'infirmerie, mais elle reste levée, et dès qu'il fait un peu de soleil demande à descendre au jardin, d'où elle remonte d'elle-même sitôt qu'elle sent le froid. Elle a de temps en temps des poussées de fièvre, et souvent de la diarrhée ; elle mange peu, mais digère bien. — Elle est toujours douce, et cherche à se rendre utile, en habillant les plus petites qu'elle, les faisant asseoir à table, etc. Au point de vue intellectuel, état stationnaire. Elle n'a pas fréquenté l'école, elle pleure quand on veut l'y envoyer. — Huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer ; gymnastique, école dans la mesure du possible.



Fig. 25. — Attitude en tailleur.

1904. 2 *mars.* — L'enfant se plaint énormément de la tête et elle a des vomissements très fréquents, d'obord alimentaires, puis verdâtres, elle ne garde absolument rien. Température 37°,9 ; le soir, 40°,2.

3 *mars.* — Les vomissements ont été moins fréquents la nuit ; mais franchement verts. La céphalalgie a disparu. Mais l'enfant se plaint de souffrir du ventre. Les selles sont normales, plutôt abondantes comme elles le sont d'habitude. Les vomissements ont cessé. T. R. 38°,6. L'examen de l'abdomen est négatif : palpation et percussion, peu douloureuses, ne révélant ni empâtement ni matité ; pas de douleur à la décompression brusque.

L'enfant tousse un peu ; l'auscultation révèle des râles humides au sommet gauche. Le pouls est bon. — Cataplasmes émollients sur le ventre ; cataplasme sinapisé sur le poumon gauche ; glace, si les vomissements reparaissent. — Le soir, 40°,5.

4 *mars*. — L'enfant a dormi jusqu'à 4 h. du matin. A ce moment elle se plaint énormément du ventre, et les vomissements recommencent. Ils se répètent fréquemment, mais sont peu abondants, tantôt verts, tantôt et plus souvent noirâtres. Plusieurs selles, matières vertes et noires. T. R. 37°,7 La soif est vive. Il y a de la douleur vive du ventre à la palpation. Les selles du matin, mélangées de vert et de noir, sont peu à peu remplacées par d'autres, très fréquentes aussi, mais formées seulement de quelques glaires. Les vomissements cessent, mais la soif reste vive. L'enfant est très abattue, et sa physionomie exprime la souffrance. Son visage dont, à l'ordinaire, les *pommettes* et le *menton sont très rouges*, est pâle et violacé ; les lèvres sont cyanosées. Mais la respiration est normale, et l'enfant parle bien. La température atteignant vers le soir 40°,4, bain à 32°, elle tombe à 39° 5. — A 8 h. du soir, l'enfant meurt brusquement, sans cris ni râles, sans secousses.

Température après la mort	37°,3
1/4 d'heure après	37°
1/2 heure après	36°,7
2 heures —	30°
4 — —	25°
5 — —	20°
6 — —	18°
8 — —	15°

T. de la chambre : 15°

Poids après décès : 18 kgs.

Mesures de la tête.

	1902		1903		1904	
	Mai	Juill.	Janv.	Juill.	Jauv.	
Circonférence horizontale maxima	47	47	47	46.5	46.5	
Demi-circonférence bi-auriculaire	33	33	33	31	31	
Dist. de l'art. occip.-alt. à la racine du nez.	35	35	35	33.5	33.5	
Diamétre antéro-postérieur maximum	15.8	15.8	15.8	16	16	
— bi-auriculaire	10	10	10	10.2	10.2	
— bi-pariétal	12.6	12.6	12.6	12.5	12.5	
— bi-temporal	10.2	10.2	10.3	10.5	10.5	
Hauteur médiane du front	6	6	6	6	6	

Tableau du poids et de la taille.

	1902		1903		1904	
	Mai.	Juill	Janv.	Juill	Janv	
Poids	18	19	19	19	19.5	
Taille	1.09	1.09	1.11	1.11	1.11	
Dynamomètre. . D	8	8	8	8	8	
Dynamomètre. . G	5	8	7	7	7	

L'enfant n'a plus grandi à la suite de la suppression de la glande thyroïde. Sa taille, à sa mort, était de 1 m. 11, c'est-à-dire 26 centimètres et demi au-dessous de la taille moyenne à son âge (12 ans 1/2).

Autopsie, faite le 6 mars 1904 à 10 heures du matin, soit 38 heures après décès. *Cou.* — Persistance du thymus (15 gr.). Rien de particulier au corps thyroïde (7 gr..) — *Thorax*. Adhérences très résistantes de la plèvre gauche avec la paroi thoracique et le diaphragme. Très peu d'adhérences de la plèvre droite. *Poumon gauche* beaucoup plus petit que le droit, sclérosé et présentant dans sa partie supérieure des *tubercules* disséminés. — *Poumon droit* volumineux, fortement congestionné surtout à sa base ; pas de tubercules. Dans la cavité péricardique, un peu de liquide clair. *Cœur* : pas de persistance du trou de Botal ; pas de lésions des orifices auriculo-ventriculaires ni de l'orifice pulmonaire ; valves de l'orifice aortique épaisses, de consistance cartilagineuse, et présentant à leur surface externe de *petites végétations miliaires* de couleur feuille-morte. — Ganglions médiastinaux et péribronchiques volumineux.

Abdomen. — Aucune lésion de l'estomac. Rien dans l'intestin grêle ni le gros intestin ; rien non plus du côté de *l'appendice, qui est très-long.* — *Foie* légèrement congestionné, pas dur. Rien de particulier à la rate, qui est un peu diffluente, ni au pancréas. *Reins* congestionnés, se décortiquant facilement, présentant par places de nombreuses étoiles vasculaires à leur surface ; en outre, sur le rein droit, des suffusions sanguines et, à la coupe, des traces d'infarctus. *Capsules surrénales* volumineuses. Rien du côté des organes génitaux ni de la vessie. Nombreux ganglions mésentériques. Grand épiploon épais, volumineux, adhérent aux anses intestinales, mais ne présentant pas de tubercules. Dans le petit bassin, épanchement purulent (une cuillerée environ).

Tête. — *Cuir chevelu*, maigre, pâle. — *Calotte cranienne* mince, un peu trigonocéphale ; persistance complète des sutures y compris la *suture métopique*, nombreuses plaques transparentes, os épactal très large. Apophyse crista-galli toute petite, triangulaire. — Très peu de liquide céphalo-rachidien. Un peu de sang fluide dans les sinus de la dure-mère. *Vascularisation assez fine de la pie-mère* sur toute la surface des hémisphères, ainsi que sur le cervelet. Pas de granulations miliaires.

Glande pituitaire à peu près normale, un peu pâle. Nerfs et artères de la base de l'encéphale, symétriques. Légère adhérence du tiers postérieur de la face interne des lobes frontaux. *Plexus choroïdes* rien de particulier, non plus que le *bulbe* et la *protubérance*.

Hémisphère droit. — Pie-mère peut-être un peu épaissie, se détachant en général facilement ; mais il y a des adhérences au niveau du pli pariétal inférieur, du pli courbe, de T^1 et de T^2 ; quelques petites adhérences sur la circonvolution de l'hippocampe et la première frontale ; sur la face interne, le lobe frontal est absolument intact. — *Corps calleux, corps strié, couche optique* et *corne d'Ammon*, n'offrant rien de particulier. — Les circonvolutions frontales, et les circonvolutions en arrière de P A sont un peu grêles. La frontale et la pariétale ascendantes sont assez développées, ainsi que le lobe temporal en entier. Les sillons sont peu profonds (*Fig. 26 et 27*).

Hémisphère gauche : conservé pour l'examen histologique. (Voir plus loin).

Poids des organes.

Encéphale	990 grs.
Hémisphère cérébral droit	440
— — gauche	445
Cerveau	885
Hémisphère cérébelleux droit	52
— — gauche	52
Bulbe et protubérance	10
Cervelet et isthme	115
Moelle épinière	30
Corps thyroïde	7
Thymus	15
Cœur	85
Poumon droit	245
— gauche	120
Foie	680
Rate	86
Capsule surrénale droite	5
— — gauche	8
Rein droit	50
— gauche	50
Pancréas	59

Réflexions. — I. L'hérédité est peu chargée. Rien du *côté paternel* sauf que le père a une *taille exiguë*. — Du *côté maternel* : quelques *excès de boisson* du grand père ; une grand'tante morte *aliénée* quelques jours après un accouchement gémellaire, un oncle mort d'*hémorrhagie cérébrale*, une arrière-petite cou-

*

sine *faible d'esprit*. De ce même côté maternel, deux cas de *gémellarité* : la grand-tante aliénée et une tante. Dans les deux familles, d'ailleurs, aucun autre exemple de type mongolien.

II. Mais il importe de signaler plusieurs particularités, très fréquemment notées chez les mongoliens. Tout d'abord, la malade est née de parents déjà un peu âgés (la mère avait 42 ans, le père 49), et ayant entre eux une assez grande différence d'âge (7 ans). De plus, elle était la dernière d'une famille (9 enfants).

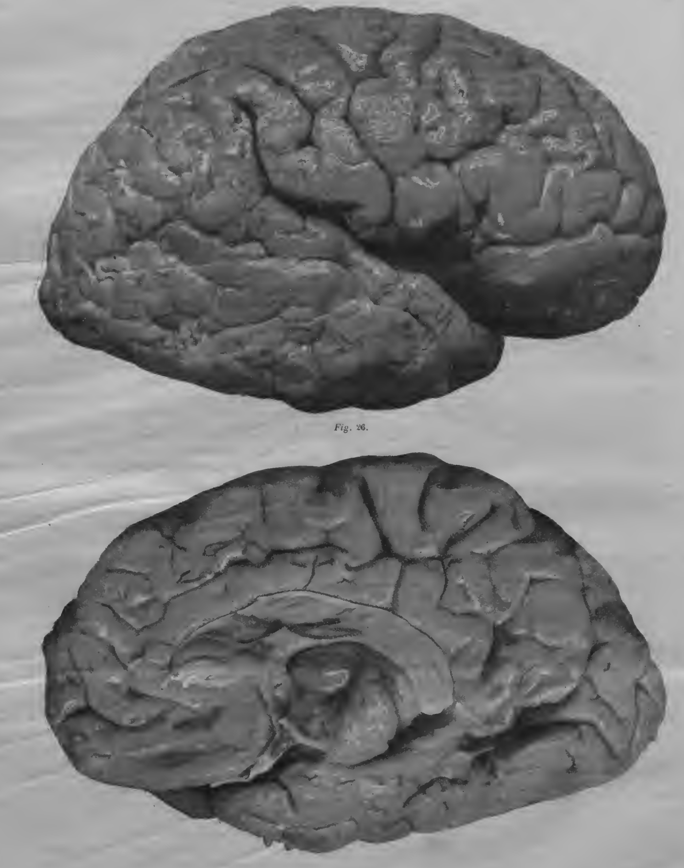


Fig. 26.

Fig. 27.

A signaler également un autre fait des plus fréquents, à savoir la *tuberculose* familiale : un frère est mort *tuberculeux*, c'est également à la *tuberculose* qu'a succombé la malade. Notons d'autre part le très-vif ennui de la mère de se trouver enceinte.

III. L'évolution de l'enfant, aux points de vue physique et intellectuel, a été lente et retardataire en tous points (dentition, marche, propreté, parole), et cela, pourrait-on dire, dès la vie *intra-utérine*, les premiers mouvements *fœtaux* n'ayant été perçus par la mère que vers 6 mois. La parole surtout a progressé très lentement, elle a toujours été imparfaite.

La grande douceur du caractère, le calme, le développement des sentiments affectifs, le goût pour la musique (sans aptitude musicale d'ailleurs), tous caractères signalés chez la plupart des mongoliens, ont été notés dès le plus jeune âge. Comme eux, elle rentrait dans la classe des imbéciles.

Elle présentait la plupart des caractères physiques du type mongolien : rougeur des pommettes et du menton, yeux petits et en amande, avec très léger strabisme, blépharite chronique dès la naissance, nez aplati, grosse langue, rétrécissement transversal des maxillaires, oreilles très petites et très écartées du crâne, avec légère mobilité du pavillon, extrémités froides, habitude de s'accroupir à la façon des tailleurs, accidents scrofuleux divers; enfin, comme la plupart des mongoliens, elle était atteinte de tuberculose pulmonaire.

IV. Le *traitement thyroïdien* par la glande fraiche et le traitement médico-pédagogique, aussitôt institués, ont amené rapidement un accroissement de la taille (2 cent. en 3 mois) et une amélioration nette au point de vue intellectuel. Les accidents pulmonaires et péritionéaux nous ont empêché de reprendre le traitement thyroïdien.

V. A signaler à l'*autopsie :* la persistance du thymus, si fréquente chez les enfants anormaux, la tuberculose du poumon et des ganglions trachéo-bronchiques, la péritonite purulente ; du côté du crâne et du cerveau : la persistance des sutures, y compris la *suture métopique*, la présence de l'os épactal, la vascularisation de la pie-mère sur les hémisphères et le cervelet, mais sans granulations tuberculeuses; sur l'hémisphère droit (le gauche a été réservé pour l'examen histoloqique), des adhérences de la pie-mère surtout au niveau du pli pariétal inférieur, du pli courbe, de T^1 et de T^2, et un peu sur la première frontale; la gracilité des circonvolutions frontales ; le peu de profondeur des sillons; en somme, de la méningo-encéphalite, prédominant sur les lobes temporal et pariétal.

Si l'enfant, par certains caractères, voix enrouée, froideur des extrémités, lenteur des mouvements, goût prononcé pour la chaleur, se rapprochait des myxœdémateuses, elle s'en distinguait nettement par sa physionomie, par ses habitudes, par son caractère, par l'absence de pseudo-lipomes, d'obésité, de déformations rachitiques, de hernies, par l'existence chez elle de la glande thyroïde, absente chez les myxœdémateux, et aussi par son amélioration plus facile par le traitement médico-pédagogique en dehors d'un traitement thyroïdien sérieux.

* * *

MM. Philippe et Oberthur ont bien voulu nous remettre déjà deux notes sur l'examen histologique du cerveau et de ses enveloppes dans quatre autres cas d'idiotie mongolienne. (*Compte-rendu* de 1901, p. 148 et de 1902, p. 19). M. Oberthur a fait l'examen histologique du cerveau de la malade Mait.. dont nous venons de rapporter l'histoire. Il y a joint celui de deux autres malades, Van den Cast... et Breg.. De plus, pensant que, en raison de l'arrêt de la croissance, d'une sorte d'état semi-cachectique des Mongoliens nous avons demandé à M. Oberthur de bien vouloir examiner la *glande thyroïde* des deux derniers malades. C'était une excellente idée, ainsi qu'on le verra en lisant la très intéressante note de M. Oberthur. Les lésions histologiques qu'il a constatées justifient, comme nous l'avons déjà dit, l'application du traitement thyroïdien (1).

* * *

Examen histologique de trois cerveaux d'idiots du type Mongolien et du corps thyroïde de deux de ces malades;

PAR LE Dr OBERTHUR.

(Les cerveaux examinés sont ceux de Maitr., Van de Cast... avec leur corps thyroïde et de Brég..). Nous commençons par le cas de MAIT..

Cerveau.

Les coupes ont été pratiquées sur de nombreux fragments prélevés, dans toutes les régions importantes de l'écorce du *cerveau*. Fixation à l'alcool et au liquide de Müller, inclusion à la celloïdine, coloration par la méthode de Nissl, de Weigert-Pal, le carmin et le Van Gieson, l'hématoxiline-éosine.

Sur toutes les coupes, à tous les niveaux, on constate que les circonvolutions présentent un épaississement notable, sans infiltration de la couche sous-pie-mérienne, une diminution du reste de la circonvolution portant aussi bien sur le centre ovale que sur la substance grise. Bien que la substance blanche soit riche en vaisseaux, un peu tassée et renferme de nombreux noyaux névrogliques, on ne peut cependant pas dire qu'il s'agisse de *sclérose atrophique* au sens habituel du mot.

Nous insisterons également sur l'existence d'une *méningite* assez particulière. La *pie-mère* est légèrement épaissie et riche en noyaux conjonctifs dans la portion en rapport avec la surface libre des *circonvolutions*, mais elle n'est nullement adhérente. Au contraire, dans l'intérieur des scissures, et, principalement à l'*entrée de celles-ci*, on voit la pie-mère se souder intimement à la couche nerveuse sous-jacente, en envoyant des prolongements conjonctifs fins, qui, sous forme de pinceaux, viennent se mettre en rapport avec de nombreuses fibrilles névrogliques hypertrophiées. Il n'est pas rare d'observer en ces points d'intéressantes modifications de la zone sous-pie-mérienne, lesquelles consistent en la formation d'élevures ou bien d'ulcérations, de ramollissement, qui sont le premier stade d'un état très fréquent dans les méningo-encéphalites plus grossières, et que l'on pourrait appeler

(1) Nous publierons plus tard les observations de Van de Cast.. et de Brég...

très justement une *méningite ulcéreuse* ou *dissécante*. La topographie de l'adhérence méningée est doc icin sensiblement le contraire de ce que l'on a coutume de décrire dans la paralysie générale, où, l'adhérence méningée est à son maximum sur la face libre des circonvolutions.

Les modifications cellulaires sont identiques comme nature à tous les niveaux, avec maximum cependant au niveau du pli courbe, des circonvolutions frontales et pariétales supérieures, du lobule paracentral. Elles sont au contraire un peu moins accentuées vers les circonvolutions frontales inférieures, temporales et occipitales.

Agencement des couches cellulaires. Celles-ci, dans leur ensemble, sont moins épaisses que normalement. En certains points il se produit un véritable tassement, qui à première vue ferait croire à une quantité normale d'éléments. En réalité, le nombre de ceux-ci est très diminué et cette raréfaction est surtout appréciable pour les cellules pyramidales, grandes, moyennes et petites. La disposition des colonnes cellulaires est assez régulière.

La caractéristique est avant tout qu'un grand nombre de cellules nerveuses se rencontrent éparses et à *une très grande distance* dans l'intérieur du *centre ovale* de la circonvolution.

Altérations histologiques de la cellule nerveuse. — On ne trouve pour ainsi dire pas une cellule normale.

La plupart des lésions sont d'ordre subaigu et chronique. Quelques éléments sont hypertrophiés et globuleux et renferment de nombreuses vacuoles. De ci, de là, on rencontre une cellule à noyau bilobé ou à deux noyaux, mais de tous les types lésionnels, le plus fréquent est le suivant: cellulle atrophiée, pouvant aller jusqu'à la sclérose cellulaire compléte avec *calcification*, état chromophile, état poussiéreux, des éléments chromatophiles, homogénéisation, sur coloration du noyau, plissement de sa membrane nucléaire, disparition du nucléole. Souvent aussi on voit le corps cellulaire se désagréger (*désintégration moléculaire*), le noyau restant coloré et bien individualisé.

L'aspect de la régression neuroblastique est aussi très fréquent. Les éléments nerveux sont enveloppés de cellules névrogliques nombreuses et de toute dimension (neuronophagie). Les grandes cellules pyramidales, étudiées surtout au niveau du lobule paracentral et du cuneus montrent encore plus nettement les types lésionnels dont nous venons de parler. Certains points de la région en sont pour ainsi dire lavés, formant ainsi une zone claire appréciable avec un faible grossissement. Ailleurs leur nombre est presque normal.

Les grandes pyramidales, bien que peu abondantes et peu riches en prolongements protoplasmiques, sont généralement de bonne dimension. Leur noyau est clair, bien central, leur nucléole limité; la substance tigroïde est très visible, non chromatolysée, moins abondante seulement que chez les sujets sains. Nulle part il n'y a d'atrophie pigmentaire

Les *fibres à myéline* sont grêles. Les trousseaux de fibres radiaires, de même que les divers réseaux d'association sous ou intra-cortieaux, sont très visibles mais assez clairsemés. Le réseau d'Exner lui-même est très nettement visible bien que peu fourni.

Les vaisseaux, assez nombreux dans la substance blanche, montrent une sclérose périvasculaire légère, et la prolifération des noyaux névrogliques dans leur voisinage est manifeste.

II. Van de Cast. — La technique employée a été la même que pour le cas précédent.

Cerveau.

Les lésions encéphaliques sont exactement superposables à celles rencontrées chez Mait... A peine trouve-t-on quelques différences d'intensité. La *méningite* est identique comme localisation et comme lésions ; même piemérite avec *symphyses locales* et *ulcérations* sous-jacentes. Ici cependant les lésions sont *plus accusées*, surtout au niveau du pli courbe et du lobule paracentral, les adhérences sont plus intimes et la pénétration plus profonde.

Les altérations des *cellules pyramidales* de l'écorce sont par contre moindres. A côté de nombreuses cellules en voie d'atrophie ou d'homogénéisation, on renconte quelques cellules à noyau clair, arrondi avec un nucléole central et réfringent, et quelques éléments chromatophiles encore visibles.

Comme dans le cas précédent, il y a raréfaction des éléments et l'on peut voir un grand nombre de cellules polymorphes en plein centre ovale. Somme toute, les modifications histologiques des *cellules nerveuses* semblent calquées sur le cas précédent.

Ce qui a été dit pour les *réseaux myéliniques* du cas «Mait.. » peut également s'appliquer point par point à celui-ci.

Les *noyaux névrogliques* sont abondants tant autour des cellules nerveuses que dans le centre ovale, dont l'atrophie scléreuse est encore plus accusée que précédemment.

Ici, nous trouvons le paroi des *vaisseaux* moins saine, souvent nettement sclérosée et cette sclérose s'étend en îlot autour des vaisseaux (1).

Corps thyroïde.

A première vue, la constitution générale de cette glande semble respectée. Toutefois, si l'on prête un peu d'attention, on ne tarde pas à s'apercevoir que, si les vésicules ne sont pas altérées histologiquement, si leur contenu colloïde et cellulaire est conforme au type normal, le nombre de vésicules grandes et moyennes est très inférieur à ce que l'on rencontre d'habitude, les lobules sont beaucoup moins étendus. Mais, il y a d'autres caractéristiques plus importantes : nous les trouvons dans le tissu interstitiel. Les *travées sont hypertrophiées*, les vaisseaux sont sclérosés, épaissis ; de ci, de là, on rencontre quelques *hemorrhagies interstitielles*, un peu de pigment, une certaine infiltration de graisse. La *capsule* est également *très hypertrophiée*.

En somme, il y a des modifications du tissu thyroïdien qui, bien que légères, sont suffisantes pour affirmer un état pathologique.

III. Brég... — (Mêmes techniques que pour les deux cas précédents).

Cerveau.

Les lésions de ce cas s'éloignent un peu de celles des deux cas précédemment décrits. Sans doute, il y a de nombreuses analogies, mais ici les phénomènes sont surtout d'ordre agénésique ou dysgénésique. On ne peut dire ici qu'il s'agisse de phénomènes de méningo-encéphalite au sens habituel du mot.

La réaction méningée est extrêmement légère. Nulle part on ne peut constater d'adhérences, d'ulcérations de la couche sous-pie-mèrienne ; à peine peut-on dire qu'il y a un léger épaississement de la pie-mère.

Du côté des *cellules nerveuses* de l'écorce, ce qui frap-

(1) L'accentuation des lésions peut être due à l'âge : Mait.. avait 12 ans et demie. Van den Catsien. 20 ans.

pe, à première vue, c'est l'extrême pauvreté des couches. Leur épaisseur est normale ; en aucun point les cellules n'envahissent la substance blanche, mais elles sont très éloignées les unes des autres et ceci dans tous les points de l'écorce.

Leurs dimensions et leurs réactions colorantes sont pour la plupart de ces éléments, très voisines de la normale ; pas d'hyperchromie, ni d'état chromophile. Très peu sont atrophiées ou en voie d'homogénéisation ou en train de subir la transformation scléreuse. Il n'en existe pas moins un certain degré de neuronophagie et la désiatégration moléculaire avec *Zellschwund* est loin d'être une exception.

Dans *aucune* de ces cellules, il n'a été possible de rencontrer un noyau clair, ni une apparence normale des éléments chromatophiles.

Quelques-unes sont très vacuolaires, évoluent vers la *Zellschwünd*, mais la plupart répondent au type de l'atrophie avec chromatolyse et homogénéisation du noyau. La plupart d'entre elles ont perdu tous leurs prolongements protoplasmiques.

Fibres à myéline. Celles-ci, comme nous l'avions déja trouvé dans des examens antérieurs, présentent des phénomènes dystrophiques manifestes (1) ; la gaine de myéine est inégale, partout très mince, *fibres excessivement fines.* Mais les phénomènes dysgénétiques ne sont pas tout, il existe une disparition par places, en aires, au prorata de la disparition cellulaire, des fibres à myéline. Les fibres radiaires sont, somme toute, assez bien fournies, mais les réseaux d'association intra-corticaux, les fibres tangentielles ont infiniment plus souffert, et cette raréfaction est plus sensible pour les couches profondes de l'écorce que pour le réseau d'Exner.

Vaisseaux, névroglie. — Pas de lésions typiques des *parois vasculaires* ; celles-ci sont plutôt minces, d'aspect hyalin, sans infiltration ; il y a une prolifération apparente dans le centre ovale des circonvolutions. Cet aspect est dû surtout au tassement de la substance nerveuse. Les *éléments névrogliques*, sauf au voisinage immédiat des méninges, ne sont nullement hypertrophiés, pas de cellules névrogliques géantes, comme dans certaines encéphalopathies scléreuses. Il existe simplement une prolifération moyenne des noyaux névrogliques.

Corps thyroïde.

Le *corps thyroïde* est *extrêmement altéré dans tous ses éléments*. La *substance colloïde* dans presque toutes les vésicules est presque complètement remplacée par des éléments cellulaires, provenant de l'épithélium glandulaire ; la vésicule en est complètement obstruée. Les *travées* sont extrêmement épaissies, infiltrées d'éléments conjonctifs jeunes ; quelques points présentent de nombreuses vésicules adipeuses. La *capsule* est aussi extrêmement épaissie. En somme il y a une *thyroïdite scléreuse* très intense (2).

(1) Voir *les Comptes-rendus* de Bicêtre pour 1901 et 1902.

(2) Aux *Indications bibliographiques* que nous avons données, à la fin de nos précédents travaux, nous ajouterons la suivante : Fennell (C.-H.), *Mongolian Imbecility*, avec discussion à laquelle ont pris part Fletcher Beach, Andriersen, Morrison, Robert Jones, Mott. (*Journ. of. mental Science*, Jan. 1904 p. 32).

PATHOLOGIE MÉDICALE

Quelques réflexions sur l'étiologie du paludisme ;

Par le Docteur **Spiridion KANELLIS** (d'Athènes),
Vice-Président de la Société médicale.

Pendant que presque tous les cliniciens et microbiologues niaient l'infection immédiate du virus paludéen même et adoptaient le moustique, l'ayant accepté comme la seule cause, quoique médiate. de toute la morphologie clinique du paludisme, tandis que Grassi portait comme axiome « *sans anophèles, pas de paludisme* », nous avons lu avec plaisir quelques objections faites par le confrère, M. Cardamatis, dans une étude publiée par lui au mois de janvier 1904 dans la *Revue médicale de l'Afrique du Nord*, soutenant outre l'infection par le moustique celle dont l'existence est due au sol ou à l'atmosphère, en suivant ainsi l'ancienne théorie d'Hippocrate ; nous avons lu aussi l'étude de notre savant ami, M. Emile Legrain, à Bougie en Afrique, publiée dans la même *Revue médicale de l'Afrique du Nord* intitulée : « La lutte contre les moustiques, son utilité et ses résultats en pathologie coloniale », et qui soutient des opinions contraires, quoique malheureusement exclusivement contraires, à ce qui concerne l'infection par le moustique.

Nous même pensons et soutenons que l'anophèle dans l'étiologie du paludisme ne représente qu'un seul facteur étiologique, et même médiat, c'est-à-dire il ne représente point le seul porteur et le seul moyen de la propagation du paludisme ; et que par conséquent, outre le moustique il y a aussi d'autres conditions étiologiques de la production et du développement du paludisme : par exemple, d'autres insectes propres à propager le virus paludéen, comme Patrick Manson l'a soutenu au dernier Congrès International, qui a eu lieu à Bruxelles ; de plus d'autres conditions étiologiques dues à des raisons atmosphériques et telluriques, comme celles qui naissent des remuements et déblaiements du sol dans de vastes étendues, de l'usage des eaux stagnantes et paludiques, causes représentant la théorie tellurique et hydrique du Père de la médecine.

En conséquence : humidité du sol par suite des pluies intenses et fréquentes, d'inondations au printemps, en été et au commencement de l'automne, température suffocante de l'atmosphère, qui résulte de grands déblaiements et remuements du sol, défrichements de bois, creusements de canaux et leurs émanations, l'homme, le moustique et d'autres insectes faisant usage d'eaux stagnantes, sont autant de conditions étiologiques pour développer le virus du paludisme. Ce qui prouve que les remuements du sol, les vastes déblaiements et leurs émanations multiples représentent des sources étiologiques du paludisme, ce sont les épidémies de fièvres paludéennes qui furent observées dans l'année 1895 et 1896, dans le quartier d'Athènes Tsakayanni, dues à la construction du grand boulevard d'Alexandra ; ainsi que la pandémie des fièvres paludéennes dont la cause a été le remuement du sol et les travaux de déblaiement dans le village de l'Attique nommé Acchamés (Menidi) pendant l'été et l'automne de 1899 par suite d'un profond fossé creusé à travers le village.

Sauf donc l'homme et le moustique représentant en effet les deux milieux jusqu'à présent bien connus par lesquels se perpétue l'infection, le parasite palustre y évoluant par une série de métamorphoses, nous avons

beaucoup d'autres causes productives du paludisme, que des cliniciens actuels ont rejetées.

Nous ne pouvons non plus admettre comme positive l'opinion de Grassi, que quant à une infection paludéenne résultant de remuements du sol, elle provient toujours de marais, qui se forment à cause de déterrements où pond et se nourrit l'anophèle ; de même celle qui admet que « *les germes noirs de Ross* » pouvaient être déposés dans le sol depuis de longues années par des moustiques morts depuis longtemps, et la terre remuée, ses parasites sont mis en liberté pouvant alors infecter les ouvriers, soit par l'air atmosphérique, soit par l'eau, soit d'une autre manière.

D'ailleurs nous savons bien que dans la plupart des cas le cycle évolutif de l'hématozoaire est le suivant : l'anophèle pique le paludéen, qui porte en lui-même l'hématozoaire, lequel absorbé par le moustique commence à se développer ; ensuite survient la fécondité des macrogamètes, transformation des macrogamètes en zygotes, pénétration des éléments fécondés dans la paroi stomacale où ils grandissent rapidement sous la forme de corps sphériques, chute et puis rupture de ces corps dans la cavité générale de l'insecte, mise en liberté d'une quantité considérable de néoblastes (sporozoïtes), qui vont tous s'accumuler dans les glandes salivaires. Les sporozoïtes se réunissant dans ces glandes s'inoculent ensuite à l'homme pendant la morsure causée par les anophèles, ils communiquent les fièvres paludéennes. Telles sont les transformations nécessaires, afin que l'hématozoaire puisse s'inoculer avec succès. C'est ce qui porte Legrain à dire que le moustique infecté par un individu paludéen est incapable d'inoculer *directement* avec sa trompe le germe infectieux ; la transmission du germe ne peut se faire que lorsqu'il a subi dans le corps de l'insecte l'évolution que nous venons de résumer et qui exige l'espace d'une à trois semaines, suivant la température extérieure.

La théorie donc et la recherche expérimentale de l'infection exclusivement portée par les moustiques nous enseignent que cet insecte ne peut faire communiquer la maladie à une personne saine, dès qu'il mord un fiévreux, mais qu'il lui faut en moyenne une quinzaine de jours pour que l'hématozoaire puisse accomplir dans le corps du moustique le cycle évolutif nécessaire, qui finira par le rendre infectieux ; de plus huit jours doivent passer après la morsure jusqu'à ce que la fièvre soit déclarée, vu que les sporozoïtes, aussitôt pénétrés dans la circulation du sang de l'homme, ne font pas naître tout de suite la maladie, mais il faut d'abord qu'ils se multiplient et même en grande quantité pour que la maladie soit effectuée et déclarée.

Mais si l'on fait dépendre le tout des moustiques, comme une cause productrice du paludisme, comment pourra-t-on expliquer les cas du paludisme foudroyant qui porte la débâcle d'un jour à l'autre et même sur des personnes qui ont été attaquées dès le premier jour de leur arrivée dans un pays marécageux ?

Comment pourrait-on aussi expliquer tant de cas connus dans la littérature médicale et concernant des équipages de vaisseaux arrivés dans des ports où sévit endémiquement ou épidémiquement le paludisme et dont la moitié furent attaqués par diverses formes de fièvre paludéenne et entrèrent dans les hôpitaux trois ou quatre jours après leur arrivée ?

Ou, comment se rendra-t-on compte du développement du paludisme en hiver et dans notre pays même sur beaucoup de personnes par suite de grands et vastes déblaiements du sol, époque pendant laquelle l'anophèle se trouve en narcose hivernale ?

On connaît aussi que l'anophèle n'existe que pendant une période assez courte de l'année, de mai à novembre. Si les fièvres paludéennes ne peuvent se développer avant l'apparition de l'anophèle, comment pourra-t-on expliquer les épidémies des fièvres paludéennes, qui au printemps et en hiver ont parfois décimé tant d'armées européennes et surtout celles de la France et de l'Amérique ou même des peuples de divers pays ?

C'est par centaines d'ailleurs, comme dit Legrain, que l'on pourrait citer les auteurs qui ont parlé d'épidémies et de cas de paludisme de nouvelle *invasion* en décembre, janvier, février, mars, avril et mai.

Dernièrement Devaux a publié dans le journal, la *Dépêche coloniale de Paris*, une lettre concernant une terrible épidémie de malaria qui a sévi dans la région de Bétafo-Autsirabé (Madagascar) pendant les cinq premiers mois de l'année 1901. C'est par milliers que les gens sont morts durant cette période, par l'effet du microbe de Laveran ; des milliers d'autres en ont reçu une atteinte si grave qu'ils ont été conduits en quelques semaines ou en quelques mois à la cachexie palustre. Eh bien ! fait remarquable, pendant cette épidémie de malaria si violente, si funeste, où les accès pernicieux surgirent de tous côtés, les moustiques n'ont pas été plus communs que d'habitude ; et ils sont rares dans cette région, si rares que les Européens y dorment sans moustiquaires.

Nous finissons cette petite étude en soutenant que bien que le moustique et l'homme aient été déjà considérés exclusivement comme les deux milieux par lesquels se perpétue le paludisme, car l'hématozoaire évolue chez eux par une série de transformations continues et positives, d'autres insectes (exigeant une étude plus approfondie), les émanations, l'usage d'eau stagnante et d'autres causes sont encore des agents étiologiques du développement du paludisme.

Car autrement, si l'on attribue toute l'étiologie à l'anophèle et à l'infection de ce dernier par l'homme infecté, nous pouvons finalement demander, d'accord avec notre éminent collègue M. Jean Cardamatis « Comment l'homme donc s'infecte-t-il primitivement, si son infection précède nécessairement celle du moustique ? »

Pharmaciens et Mutualistes.

La *Chambre syndicale et Société de Prevoyance des Pharmaciens de Paris et du Département de la Seine* a entamé des négociations avec la Fédération des Sociétés de Secours mutuels de la Seine. A la suite de pourparlers fréquents, il a été décidé de reculer l'emploi d'un nouveau tarif jusqu'au 31 décembre 1905, et d'appliquer, *à partir du 1er octobre prochain*, le tarif de la Société de Prévoyance, avec un rabais de 40 %, plus 2 % pour frais de vérification des mémoires.

Les spécialités et eaux minérales seront facturées au prix coûtant, avec majoration de 10 % ; les spécialités et eaux minérales réglementées au prix minimum fixé par la réglementation. Tout contrôle de la sincérité des fournitures sera soumis à une Commission composée de délégués du Comité disciplinaire de la Chambre syndicale et de délégués de la Fédération.

La *Fédération des Sociétés de Secours mutuels de la Seine* s'engage à ne favoriser, ni directement, ni indirectement, la création ou le fonctionnement d'aucune pharmacie mutualiste dans le département de la Seine, pendant la durée de l'engagement.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

La gratuité en médecine. A propos des vaccinations gratuites.

La loi sur la santé publique a rendu la vaccination obligatoire. Elle l'est devenue en droit, elle l'était déjà à peu près en fait. Les crèches, les asiles, les pensions, les écoles exigeaient avant l'admission la vaccination préalable ; il en était de même dans toutes les administrations publiques et privées. On revaccinait au régiment, on revaccinait même dans les hôpitaux. La loi n'est donc en réalité que la consécration d'un fait déjà existant et la suppression des rares exceptions qui pouvaient se produire. Nous sommes loin d'attaquer l'obligation de la vaccine, bien qu'elle réduise la liberté individuelle, comme toutes les mesures publiques d'hygiène et de prophylaxie ; nous sommes de ceux qui croient que l'individu doit faire le sacrifice d'une parcelle de sa liberté toutes les fois que, sans être lui-même sacrifié, il y va de l'intérêt des autres, et, bien que tout le monde ne partage pas notre opinion, nous applaudissons à l'obligation de la vaccine.

Mais est-ce que l'obligation nécessite la gratuité ? Oui, paraissent répondre Administration et Conseils généraux. Une mesure de ce genre doit être, comme l'instruction primaire, gratuite parce qu'obligatoire. Cette manière de raisonner, que le décret de 1903 sur l'application de la loi paraît approuver en prescrivant la nomination de médecins vaccinateurs par les Préfets, ne saurait être admise. Qui dit obligation ne dit pas gratuité. Elles sont nombreuses les obligations qui sont loin d'être gratuites. Sont-ils effectués aux frais de l'Etat, les aménagements que la loi ou les règlements prescrivent dans la construction des usines et même des simples habitations ? Et la désinfection à la suite des déclarations des maladies contagieuses qui, de par la loi, est obligatoire, est loin d'être gratuite, à Paris même, si nous sommes bien informés.

Pourquoi la vaccination serait-elle gratuite ? Est-ce parce qu'elle préserve d'une maladie ? On ne distribue pas gratuitement le sérum anti-diphtérique et cependant, lorsqu'on en use, une vie humaine est le plus souvent en pressant danger. La gratuité de la vaccination est à notre avis un mauvais précédent, du moins dans l'état actuel de notre organisation sociale, et nous trouvons que les syndicats médicaux et les associations de médecins qui protestent un peu de tous côtés, ont raison, car c'est à leurs dépens et sans compensation qu'on exerce ce principe de gratuité. La vaccination des indigents sera toujours assurée par l'Assistance Médicale gratuite ; que vient donc faire cette création de médecins vaccinateurs, véritable superfétation. Faut-il pour vacciner acquérir la connaissance d'une technique spéciale ? Les sages-femmes même de seconde classe peuvent cependant pratiquer cette inoculation. Il est vrai que la Faculté de Paris ne juge pas les docteurs qu'elle crée capables de bien pratiquer la vaccine puisqu'elle exige que ses étudiants passent pour cela entre les mains d'opérateurs spéciaux ; ce qui, soit dit en passant, doit donner aux étudiants une haute idée du diplôme qu'ils vont conquérir.

Que l'on juge utile la socialisation de la médecine, d'autres diront la fonctionnarisation, c'est une transformation qui mérite examen et discussion. Mais cette socialisation par fraction porte la plus grave atteinte aux médecins praticiens qui ont le droit de vivre d'une profession dont on restreint de plus en plus injustement le libre exercice. Nulle autre profession n'est plus sacrifiée que celle de médecin. Demande-t-on au boulanger de faire cadeau de son pain ? au propriétaire d'abandonner le prix de son loyer même pour les indigents ? Et cependant il est plus nécessaire de se nourrir et de se loger que de se soigner lorsqu'on est malade. Le médecin doit ses soins presque gratuits quand ils ne le sont pas complètement en pratique, à l'indigent et au nécessiteux. Les administrations, les sociétés de secours mutuels, les compagnies d'assurances lui imposent des tarifs à prix réduits. L'Etat le réquisitionne avec des indemnités ridicules. La bienfaisance privée fait sans cesse appel à sa générosité inépuisable. Que lui donne-t-on en échange ? Un privilège que tout le monde peut acquérir, même en évitant par des dispenses la plupart des études et des examens nécessaires. Ce privilège est fictif puisque la répression de l'exercice illégal est illusoire. En revanche on charge le médecin d'impôts, on lui donne une lourde patente. N'arrivera-t-il pas un moment où la bête de somme médicale viendra à succomber sous une trop lourde charge, à moins que dans une vigoureuse ruade elle ne se débarrasse d'un coup du pesant fardeau qu'on veut lui faire porter (1) ? J. NOIR.

(1) Nous avons appris un peu après la rédaction de notre Bulletin que les Syndicats médicaux de Seine-et-Oise et des Ardennes avaient obtenu de leurs Conseils généraux et de l'Administration une organisation très libérale des vaccinations gratuites. Tous les medecins qui le désirent prennent part à ces vaccinations. Ils se partagent, dans les Ardennes, le département en circonscriptions. En Seine-et-Oise, grâce à l'initiative du Dr Amodru, chaque personne peut choisir son vaccinateur. Notons qu'il n'y a là rien de nouveau, car depuis plusieurs années la ville de Charenton, aux portes de Paris, appliquant un système de vaccination volontaire exactement semblable à celui organisé en Seine-et-Oise. J. NOIR.

Traitement de l'état de mal épileptique par les injections intraveineuses de solution physiologique.

D'après l'expérience de Mlle Aimée M. Tremaine, docteur en médecine à Sonyea, les injections intraveineuses d'eau salée auraient une réelle efficacité contre le mal épileptique, surtout si l'on y a recours dès le début des accidents. Dans les deux cas où Mlle Tremaine fit application de ce mode de traitement, il s'agissait de femmes épileptiques depuis l'enfance, qui avaient été prises d'attaques subintrantes d'apparence extrêmement grave. Cet état durait depuis une heure sans qu'il eût été possible de s'en rendre maître par les moyens habituels, lorqu'on injecta dans la veine du pli du coude, après saignée, de la solution physiologique à raison de 1.500 cc. dans l'un des cas, d'un demi- litre dans l'autre. Chez les deux patientes, cette petite opération détermina une amélioration notable, avec cessation pour ainsi dire des crises. Pendant vingt-quatre heures, il subsista encore un certain degré d'hébétude, mais, deux jours près, les malades avaient recouvré leur état psychique habituel. (*Semaine médicale* du 21 septembre.)

CONGRÈS INTERNATIONAL DE SAUVETAGE
ET SECOURS PUBLICS
au Grand-Palais

du 25 septembre au 2 octobre 1904.

L'inauguration a eu lieu dimanche dernier sous la présidence de M. Fort, chef de cabinet du Président du Conseil, assisté de M. le Dr Piettre, sénateur de la Seine ; M. Tijo, commissaire général de l'Exposition du Grand Palais ; le Dr Frébault, délégué général aux Congrès, le Dr Grunberg, secrétaire général, etc.

Après les discours d'usage et une distribution de récompenses, le tout déjà publié par la grande presse, on a procédé aux travaux proprement dits.

1re section : **Sauvetage fluvial.**
Président : Dr PIETTRE, sénateur.

M. BOISSEAU (de Paris), secrétaire-trésorier de la Société des Ambulanciers de France, plusieurs fois décoré et médaillé pour plusieurs sauvetages, fait un très intéressant rapport sur la *natation*. C'est d'abord un historique qui nous rappelle que l'art de nager était très en honneur chez les anciens : Egyptiens, Phéniciens, Carthaginois, Grecs et les Romains qui méprisaient ceux ne sachant « ni lire, ni nager ». M. Boisseau passe ensuite aux précautions, qu'il faut prendre avant de se mettre à l'eau, aux conditions et à l'heure les plus propices, puis à la technique très experte et très clairement exposée, de la natation. Il est vrai que M. Boisseau étant professeur de gymnastique natatoire, le nombreux public qui l'écoutait attentivement ne pouvait être à meilleure école. Nombreuses sont les manières de nager : à la brasse, à la coupe, sur le dos, à la marinière, la nage en chien, la planche, etc., etc. Le seul instrument nécessaire pour apprendre à nager, est la ceinture. Les autres engins (bottes de jonc, planches, vessies, liège, cuirasses ou gilets en liège) sont utiles pour faire flotter, mais non pour apprendre la technique.

Pour *porter secours* en cas de danger, le nageur doit avoir du sang-froid et de la prudence, et surtout éviter de se laisser appréhender. Il tient le large et ne s'approche que par intervalles, tant que la personne en danger lui paraît avoir encore assez de force. Si elle disparaît, il plonge, et par une poussée énergique la fait émerger, puis la soutient et la pousse vers la rive après l'avoir saisie par les cheveux ou par derrière et sous les aisselles en paralysant l'action des bras. Si la personne se retourne, le nageur la lâche momentanément pour la ressaisir de la même manière.

M. DONCET (de Nogent-sur-Marne), secrétaire de la section fait un rapport sur la nécessité de réglementer les bateaux de louage. En dehors des noyades annuelles provoquées par des baigneurs imprudents ou novices, il existe un autre genre de sinistres qui donne à la statistique autant d'accidents si ce n'est plus ; ce sont les sinistres occasionnés par de jeunes canotiers ou des adultes inexpérimentés, qui sont la clientèle de loueurs de bateaux des environs de Paris ou des grands centres de France. Le contrôle actuel de la préfecture de police est illusoire.

Il faudrait que cette administration imposât un *modèle type* d'embarcation de louage, pour 1 ou 4 personnes, et remplissant les conditions suivantes : stabilité complète assurée par une largeur maximum ; longueur uniforme de bout en bout, etc.

Dr GUGLIELMINETTI (de Monte-Carlo). — Présentation d'un *appareil à inhalation d'oxygène.*

Le but de l'appareil est :

1° De faire respirer l'oxygène directement du tube à compression, grâce à un détendeur de précision, ce qui permet d'avoir beaucoup d'oxygène dans un petit tube.

2° De faire respirer le gaz par un masque muni d'une valve d'expiration (système Caillelet), de sorte que tout l'oxygène est entièrement aspiré par le malade.

Une boîte et un sac de sauvetage pour les asphyxiés contiennent tous deux un petit tube de 110 litres d'oxygène (quantité équivalente à 4 ou 5 ballonets), ainsi que masques, manomètre et détendeur, — le tout ensemble ne pesant que 6 kilogrammes, de sorte que le sac peut être fixé dans le cadre d'une bicyclette. Ces appareils sont toujours prêts à fonctionner immédiatement dans les cas asphyxiques, où souvent, en gagnant quelques minutes, on peut sauver une vie. Un petit détendeur de précision et de sûreté, pouvant s'adapter à n'importe quel tube à oxygène comprimé, ne laisse passer que 3 litres de gaz par minute et rend désormais inutiles les ballonets en caoutchouc, dont l'emploi était si coûteux. (Les 30 litres d'oxygène, qui reviennent, dans le ballonet, à 2 francs, ne coûtent plus que 20 centimes dans le tube. Le malade ne pouvant utiliser l'oxygène pendant qu'il expire, un petit sac en baudruche placé entre le tube et le masque, forme une sorte de réservoir dans lequel le gaz s'écoule pendant l'expiration ; donc plus de perte. Ce même appareil est employé pour l'inhalation de différents médicaments, aspirés par le courant d'oxygène, et notamment pour *la chloroformisation* au moyen d'un mélange d'air, d'oxygène et de chloroforme, en quantité exactement dosable. Plus de 2000 narcoses (dont plusieurs ont été faites à Paris dans les services de MM. Lucas-Championnière, Blum, Monod, Pozzi (par M. Jayle) et Kirmisson, chez lequel un appareil fonctionne depuis une année), ont donné jusqu'aujourd'hui des résultats excellents. On ne peut donner le chloroforme trop concentré, l'appareil ne le permet pas. Le malade, une fois endormi, il est très facile d'entretenir la narcose par un minimum de chloroforme. Le mélange d'oxygène donne, chez les malades très affaiblis ou chez les cardiaques, des résultats tels que les chirurgiens, qui ont employé l'appareil, ne veulent plus chloroformiser autrement. Un autre emploi de cet appareil consiste à permettre aux sapeurs-pompiers d'emporter sur le dos, dans un petit tube à oxygène comprimé, une quantité de ce gaz suffisante pour vivre et travailler pendant une heure dans n'importe quel milieu irrespirable, sans communiquer avec l'air du dehors, L'air expiré est débarrassé de l'acide carbonique par de la potasse ; le même azote peut donc servir pendant une heure, pourvu qu'il soit continuellement rafraichi par 2 litres d'oxygène par minute. Le casque respiratoire servira de même aux scaphandriers ; de sorte qu'il se pourrait bien que, dans un temps non très éloigné, un des contes de Jules Verne se réalise, qui fait faire des promenades sur le fond de l'océan aux passagers du *Nautilus*, avec de l'oxygène sur le dos.

M. GIGOT (de Paris), capitaine en retraite, présente un appareil insubmersible. « A la suite de nombreuses observations et des expériences que j'ai faites dans la Seine avec l'autorisation de M. le Préfet de Police, et à Dunkerque, il m'a été facile de reconnaître que si les nombreux inventeurs qui cherchent depuis si longtemps un appareil de sauvetage tel qu'il devrait être, ne l'ont pas trouvé encore, c'est qu'il n'a pas été tenu une considération suffisante dans tous leurs calculs que les poids de la tête, de l'estomac et du ventre de l'homme l'emportent de beaucoup sur celui des reins qui sont déprimés. Aussi, frappé de cette différence, j'ai combiné un appareil de sauvetage insubmersible bien équilibré à l'usage de la marine, du commerce et des rivières, aussi utile qu'agréable quels que soient l'âge et la corpulence des personnes des deux sexes, qu'ils sachent ou non nager.

« L'appareil est muni d'un sifflet puissant que le naufragé pourra actionner pour attirer l'attention la nuit, et de quatre tubes permettant une provision de réconfortant, et qu'il suffit que la personne pourvue de l'appareil se maintienne dans l'eau les *jambes bien croisées*, pour rester sur l'eau autant qu'il sera nécessaire. Le poids de mes appareils est environ de 3 k. 500 pour les plus grands, et jusqu'à 2 k. 300, suivant la corpulence des personnes.

« Et qu'on ne dise pas qu'il est trop lourd, car il faut du *lest* à l'appareil pour que les naufragés soient les *maîtres* de l'eau et des vagues qui sont si capricieuses, au lieu d'être le *jouet* des vents. Puis, n'est-ce pas l'eau qui porte tout !

« Quant aux appareils qui seraient numérotés afin que le voyageur retrouve de suite son appareil, ils seraient (afin d'éviter la gêne et l'encombrement des navires et des ba-

teaux) placés dans les chaloupes qui sont autour des ponts et seraient ainsi à la disposition des voyageurs et des équipages, soit que les commandants croient utile de les habituer, soit surtout si l'on redoute des sinistres. Car les catastrophes qui ont anéanti instantanément la *Ville de Paris*, *La Bourgogne* et un autre navire ne se présentent pas souvent, fort heureusement, pour que l'on puisse dire qu'en cas de sinistres les voyageurs et les équipages n'auraient ni le sang-froid, ni le temps de se munir d'un appareil auquel il ne faut que quelques *secondes* pour cela ».

(*A suivre.*) P. CORNET.

Le Banquet.

Les membres du Congrès ont assisté jeudi soir, à la Taverne du Nègre, boulevard Saint-Denis, à un banquet placé sous la présidence d'honneur du Ministre de la Marine.

M. Tissier, son chef de cabinet, représentait M. Pelletan. Parmi les convives, on remarquait : MM. le docteur Piettre, sénateur ; Tijou, commissaire général ; Derneville, commissaire général belge ; Blancquaert, délégué belge ; Kuhné, délégué russe ; de Halversen, délégué de la Suède ; le professeur Bezzi, de Milan ; Derop, d'Anvers ; le docteur Frébault, délégué général du Congrès ; le docteur Grunberg, secrétaire général ; le docteur Cornet, trésorier général, le commandant des sapeurs-pompiers Cazier, de Creil, le lieutenant de vaisseau Mercié, les Drs Guglielminetti, Berthod, Mougin, Archambaud, Robert Leseurre, etc., et de nombreux représentants de la presse.

M. le Dr Piettre, sénateur, a commencé la série des discours en remerciant le Ministre de la Marine d'avoir bien voulu se faire représenter par son chef de cabinet. MM. les Drs Frébault et Grunberg ont tour à tour félicité les congressistes d'avoir répondu en si grand nombre à leur appel. Leurs remerciements s'adressent particulièrement aux dames qui sont venues rehausser de leur présence l'éclat de ce banquet.

Parmi les délégués étrangers, M. Derneville, commissaire général belge, a pris le premier la parole pour remercier les organisateurs du Congrès de la charmante réception qui leur a été faite. Il a rappelé les communautés d'idées et de langue qui existent entre la France et la Belgique, ce qui fait qu'en France l'on se croit en Belgique et en Belgique en France. A M. Derneville a succédé M. le professeur Bezzi, de Milan et M. Kuhné, délégué russe. Ce dernier a bu à la santé du Président de la République. D'autres discours ont été prononcés, entre autres par le Dr Archambaud et le Dr Cornet, trésorier général du Congrès. Tous les discours ont été très applaudis ; mais celui du Dr Cornet l'a été d'une façon toute particulière et a eu les honneurs d'un double ban; aussi nous ne pouvons mieux faire que de le publier en entier :

Si j'ai bien compris, les bons docteurs Frébault et Grunberg ont eu recours à des moyens séducteurs pour pousser un *trésorier* à prendre la parole, car ordinairement on *subit* les trésoriers, on ne les provoque pas. Ce sont des êtres qui ont plutôt mauvaise réputation ; non pas qu'ils se sauvent toujours avec la caisse ; mais bien que le fait se présente quelquefois, je me hâte de rassurer mes amis en les prévenant que je vais faire tous mes efforts pour éviter cette situation plutôt fâcheuse. On n'aime pas les trésoriers parce qu'ils sont des oppresseurs ; ils appartiennent à cette moitié occulte de l'humanité qui opprimera toujours l'autre moitié, quelle que soit la forme des gouvernements. Pour ce qui est de mon rôle dans ce congrès, je vais dire, pour ma défense, que j'ai eu pour le moins deux complices. C'est d'abord le Dr Frébault, délégué général pour les divers congrès du Grand-Palais, et dont le nom seul résume tous les congrès. De toute sa personne rayonnent des effets radio-actifs tellement intenses qu'il suffit de deviner Frébault a longue distance pour se trouver de suite très agréablement influencé. Comme quoi le radium n'est pas de découverte si récente qu'on veut bien le dire : Il date de la naissance de Frébault; le radium, c'est Frébault lui-même. Mon autre complice a été le si dévoué secrétaire général, le Dr Grunberg, qui, par son activité toujours en éveil, a singulièrement facilité ma tâche de trésorier. Mais quelle différence dans les rôles ! Tandis que Grunbert évaluait le nombre de congressistes par tête, c'est-à-dire par autant de personnalités éminentes, moi, Messieurs, je vous classais par pièces de cent sous. Tandis que le Délégué général et le Secrétaire se délectaient à tous ces rapports qui rehaussent ce brillant Congrès, moi, Messieurs, je contemplais vos poches ! Oui, je rêvais aux moyens d'en faire déverser des flots d'or, comme autant de pactoles intarissables ! Et mon imagination vagabonde évoquait l'infinie supériorité des Trésorières sur les Trésoriers. Oui, Mesdames, savez-vous le mot de ralliement des hommes, quand il leur faut une forte somme ? .... « *Où est la femme, cherchons la femme !* » .... Et la femme apparait ou, du moins, la fée de la bienfaisance. Elle revêt toutes les formes : de quêteuse, d'organisatrice de concert, vendeuse de charité, etc., et, comme avec une baguette magique, elle fait jaillir la fortune.

Je termine en descendant à des considérations plus terre-à-terre. Il est exact que le très sympathique et dévoué, M. Boisseau, et moi, nous nous sommes chargés de vous faire à dîner. Que voulez-vous ? *Primum vivere !* C'est une loi inéluctable, c'est une question de sauvetage et de secours publics. Puisse ce menu menu vous être très léger ! Puisse les vapeurs du champagne vous être non moins légères ! A vos santés !

La série des discours s'est terminée assez tard par celui de M. Tissier, chef du Cabinet du Ministre de la Marine. Après avoir remercié les membres du Congrès des efforts constants qu'ils font pour améliorer les moyens de sauvetage, il envoie l'expression de sa gratitude aux humbles qui, chaque jour, sur les côtes de France et du monde entier, font abnégation de leur vie pour sauver celle de leur semblable. Il a signalé aussi tous les progrès et toutes les modifications apportées par le Ministre de la Marine, dans l'intérêt des ouvriers et des sauveteurs, modifications qui lui ont valu bien souvent les critiques de ses ennemis politiques. De nombreux applaudissements ont accueilli les paroles de M. Tissier lorsqu'il a dit que M. Pelletan a été le premier à attacher sur la poitrine de ces braves et dévoués sauveteurs, la croix de la Légion d'Honneur. A. ROUZAUD.

ASSISTANCE PUBLIQUE

Ecoles municipales d'infirmières et d'infirmiers.

Directeur de l'Enseignement : Dr BOURNEVILLE.

I. Salpêtrière.

L'Ecole municipale d'infirmières de la Salpêtrière ouvrira ses cours professionnels le *mercredi 5 octobre*, à 8 heures du soir.

L'enseignement comprend les cours suivants : Cours d'Administration, M. MONTREUIL, directeur de la Salpêtrière ; Eléments d'Anatomie, M. SCHWARTZ, ex-interne des Hôpitaux, prosecteur à la Faculté ; Eléments de Physiologie, M. le Dr J.-B. CHARCOT, ex-chef de clinique de la Faculté, ex-interne des Hôpitaux, suppléé par M. MOREL, interne des Hôpitaux ; Pansements, Mme le Dr PILLIET-EDWARDS, ex-interne provisoire des Hôpitaux ; Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés, M. le Dr H. DE ROTHSCHILD ; Hygiène, M. le Dr PAUL-BONCOUR, ex-interne des Hôpitaux ; Petite Pharmacie, M. le Dr VIRON, pharmacien des Hôpitaux ; Massage (Cours auxiliaire), M. le Dr DE FRUMERIE. Les dames qui veulent suivre les Cours professionnels de l'Ecole de la Salpêtrière, doivent se faire inscrire à l'hospice de la Salpêtrière, boulevard de l'Hôpital, n° 47, bureau de la Direction, de 9 heures du matin à midi. Les Cours sont publics et gratuits.

II. La Pitié.

L'Ecole municipale d'Infirmiers et d'Infirmières de la Pitié ouvrira ses Cours professionnels le *mardi 4 octobre*, à 8 heures du soir.

L'Enseignement comprend les cours suivants : Cours d'Administration, M. JOLY, directeur de la Pitié ; Eléments d'Anatomie, M. le Dr DAURIAC, ex-interne des Hôpitaux ; Eléments de Physiologie, M. le Dr POULARD, ex-interne des Hôpitaux, chef de clinique à la Faculté ; Pansements, M. le Dr PETIT-VENDOL, ex-interne des Hôpitaux ; Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés, M. le Dr DUBRISAY, ex-chef de clinique de la Faculté, ex-interne des Hôpitaux ; Hygiène, M. le Dr REGNIER, ex-interne des Hôpitaux ; Petite Pharmacie, M. le Dr VIRON, pharmacien des Hôpitaux ; Massage (Cours auxiliaire), M. le Dr DE FRUMERIE. Les personnes qui veulent suivre les Cours professionnels de l'Ecole de Pitié doivent se faire inscrire à l'hôpital de la Pitié, rue de Lacépède, n° 1, bureau de la Direction, de 8 heures du matin à 5 heures du soir. Les Cours sont publics et gratuits.

III. Lariboisière.

L'Ecole municipale d'Infirmiers et d'Infirmières de Lariboi-

siàre ouvrira ses Cours professionnels le *vendredi 7 octobre*, à 8 heures du soir.

L'Enseignement comprend les cours suivants : Cours d'Administration, M FAURE, directeur de Lariboisière ; Eléments d'Anatomie, M. le Dr DAURIAC, ex-interne des Hôpitaux ; Eléments de Physiologie, Mme le Dr PILLIET-EDWARDS, ex-interne provisoire des Hôpitaux : Pansements, M. le Dr ISCH-WALL, ex-interne des Hôpitaux ; Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés ; M. le Dr L. TISSIER, accoucheur des Hôpitaux; Hygiène, M. le Dr CORNET, ex-interne en pharmacie des Hôpitaux ; Petite Pharmacie, Mme CHABOSEAU, lauréate de l'Ecole de Pharmacie ; Massage (Cours auxiliaire), M. le Dr DE FRUMERIE.

Les personnes qui veulent suivre les cours professionnels de l'École de Lariboisière doivent se faire inscrire à l'hôpital Lariboisière, rue Ambroise-Paré, no 2, bureau de la Direction, de 8 heures du matin à 5 heures du soir. Les Cours sont publics et gratuits.

IV. École de Bicêtre.

Cours d'administration : Professeur, M. MULHEIM, directeur de l'hospice. — *Cours d'anatomie et de physiologie* : Professeur, M. le Dr BONNAIRE. — *Cours de pansements et de petite chirurgie*, M. le Dr NOIR. — *Cours d'hygiène*, Professeur, M. le Dr LAURENS. — *Cours sur les soins à donner aux femmes en couches et aux enfants nouveau-nés* ; Professeur, M. le Dr MOUCHOTTE. — *Cours de petite pharmacie* : M. le Dr CORNET. — *Cours de Massage* : M. le Dr DE FRUMERIE.

NÉCROLOGIE

M. le Dr Albert GOMBAULT,

Médecin des Hôpitaux.



Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de M. le Dr Albert GOMBAULT, médecin de l'hospice d'Ivry, chevalier de la Légion d'honneur.

Le Dr Albert GOMBAULT fut un de ces savants laborieux et modestes qui surent, en collaboration avec Charcot, ou en appliquant avec rigueur la méthode anatomo-clinique de leur maître, conquérir à l'Ecole de la Salpêtrière une réputation si glorieuse et justifiée.

Né à Orléans, le 2 octobre 1844, M. Albert Gombault fit ses études à Paris ; il fut externe en 1866, interne en 1870, passa en 1877 une brillante thèse sur la *Sclérose latérale amyotrophique*, cette maladie récemment découverte par Charcot et communément désignée de nos jours sous le nom de maladie de Charcot. Ancien conservateur du Musée Dupuytren, médecin des hôpitaux, le Dr Gombault resta toujours un laborieux et un homme de laboratoire. Il se cantonna à l'hospice d'Ivry, jaloux de son indépendance de savant, ne recherchant ni la réputation que donne la fréquentation des élèves dans les services du centre de Paris, ni les bénéfices de la riche clientèle. D'abord, il eut l'honneur de collaborer très activement avec Charcot qui, se connaissant en hommes, lui avait confié la direction de son laboratoire ; et la liste des travaux importants que nous énumérons plus loin prouve jusqu'à quel point cette collaboration fut heureuse et féconde. En son nom personnel et avec d'autres collaborateurs, élèves illustres de Charcot, comme MM. Hanot et Debove, ou plutôt ses propres élèves comme MM. Pillet, Reboul, Mallet et Philippe, M. Gombault poursuivit ses recherches anatomiques.

Non content d'augmenter considérablement les connaissances d'anatomie microscopique, M. Gombault avait cherché à répandre le goût des recherches histologistes et à faire bénéficier ses élèves de son habileté de micrographe et de sa grande expérience technique. Il ouvrit, avec l'autorisation de la Faculté, un cours libre d'histologie dès 1888, cours qui donna à l'Université parisienne une riche pléiade d'histologistes de talent.

M. A. Gombault fut tardivement décoré, lors de l'inauguration de la statue de Charcot devant l'hospice de la Salpêtrière. Ce fut plus un hommage rendu à la mémoire du grand neurologiste qu'une distinction pour son ancien élève et collaborateur, ennemi du bruit et incapable d'intrigue.

Le lendemain de la mort de ce véritable savant, dont l'œuvre utile ne saurait disparaître, il est piquant de constater qu'il ne fut pas membre de l'Académie de médecine. Est-ce parce que la modestie de Gombault l'empêchait de briguer cet honneur ? Est-ce parce qu'une fausse dignité empêche la savante Compagnie de rechercher ceux dont la présence l'honorerait plus qu'elle ne les honorerait elle-même ? Questions délicates, que nous sommes incapable de résoudre.

J. NOIR.

Principaux travaux de M. Albert Gombault.

En collaboration avec Charcot : Lésions syphilitiques des centres nerveux, *Arch. phys.*, 1873. — Un cas d'atrophie musculaire progressive, *Arch. phys.*, 1875. — Altérations du foie consécutives à la ligature du canal cholédoque, *Arch. phys.*, 1876. — Contribution à l'étude anatomique des différentes formes de cirrhose du foie, *Arch. phys.*, 1876. — Etude sur la cellule géante dans le tubercule, *Société de Biologie*, *Progrès médical*, 1878. — Néphrite saturnine expérimentale, 1881.

Personnel, à la Salpêtrière : Sclérose latérale amyotrophique, *Arch. phys.*, 1874. — Revue sur la névraglie, *Arch. phys.*, 1875. — Sclérose latérale amyotrophique, *Thèse de Paris*, 1877. — Névrite segmentaire périaxile, *Arch. Neurologie*, *Société anatomique*, 1881.

En collaboration : Sclérose latérale amyotrophique, avec M. Debove, *Arch. phys.*, 1879. — Faisceau sensitif de la pyramide antérieure, avec M. Debove, *Arch. Neurologie*, 1881. — Note sur la gastrite chronique, avec M. Hanot, *Arch. phys.*, 1882. — Cas de tabes infantile, avec M. Mallet, *Arch. Path. expér.*, 1889. — Lésions systématisées dans le cordon postérieur, avec M. Philippe, *Arch. Path. expér.*, 1896. — Etude sur l'aphasie, avec M. Philippe, *Arch. Path. expér.*, 1897. — Cancer, *Traité de médecine et de thérapeutique*. Tome III, 1897. — Histologie pathologique du système nerveux central, avec M. Philippe, *Manuel d'histologie de Cornil et de Ranvier*, 3e édition, 1902.

VARIA

LES CONGRÈS

Congrès français de médecine

(7e session Paris, 24-27 octobre 1904).

Le 7e Congrès français de médecine se tiendra cette année à Paris, du 24 au 27 octobre inclusivement, sous la présidence du professeur Cornil. Les questions suivantes ont été choisies par le congrès de Toulouse pour faire l'objet de rapports et de discussions.

I. — *La pression artérielle dans les maladies* : Rapporteurs, MM. les Drs Bosc, Vedel (Montpellier) et Vaquez (Paris).

II. — *Des injections mercurielles* : Rapporteurs, MM les Drs Lannois (Lyon) et Balzer (Paris).

III. — *De l'obésité* : Rapporteurs, MM. les Drs Maurel (Toulouse) et Le Noir (Paris).

Plusieurs séances seront consacrées à l'exposé et à la discussion des communications particulières que voudront bien faire les membres du congrès.

Le Congrès comprend : 1° des membres adhérents, docteurs en médecine ; 2° des membres associés (dames, membres de la famille, ou étudiants en médecine présentés par un membre adhérent). Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents et de 10 francs pour les membres associes. Prière d'adresser sans retard, à MM. Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, les adhésions et les cotisations, en ayant soin d'indiquer l'itinéraire à parcourir pour se rendre à Paris (réduction de demi-place).

Le bureau du Congrès est ainsi constitué :

Président : M. le Pr Cornil, de Paris ; *Vice-Présidents* : MM. les Prs Henrot, de Reims et Ed. Brissaud, de Paris ; *Secrétaire général* : M. le Dr Gilbert Ballet, de Paris ; *Trésorier* : M. le Dr Pierre Merklen, de Paris ; *Secretaire général adjoint* : M. le Dr Ed. Enriquez, de Paris ; *Trésorier adjoint* : M. le Dr Pierre Teissier, de Paris.

Pour les renseignements et les communications, s'adresser à M. le Dr Enriquez, secrétaire général adjoint, 8, avenue de l'Alma.

FORMULES

XII. — Contre la rachialgie des neurasthéniques.

Frictions légères et applications de flanelle imprégnée du liniment recouverte ensuite de taffetas gommé.

Huile de camomille camphrée	ââ 20 gr.
— jusquiame	
Extrait de belladone	ââ 1 gr.
— chanvre indien	
— thébaïque	
Menthol	2 gr.
Chloroforme	5 gr.

La Société des eaux de Chatel-Guyon, pour répondre au désir que lui en a manifesté de tous côtés le corps médical, a adopté les deux mesures suivantes : 1° La saison thermale sera prolongée dés cette année et à titre définitif jusqu'au 31 octobre ; à partir de l'an prochain, l'ouverture aura lieu à la date du 1er mai. 2° pendant les mois de mai et d'octobre, les baigneurs jouiront de droit de la faveur du demi-tarif pour toutes les opérations thermales. Les médecins consultants dont les noms suivent resteront à la disposition de leurs clients jusqu'à la fin de la saison.. Dr Aubœuf, Dr Baraduc, Dr Bartoli, Dr Bayrac, Dr Conchon, Dr Esmonet, Dr Groslier (toute l'année), Dr Machebœuf (toute l'année).

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 11 septembre au samedi 17 septembre 1904. les naissances ont été au nombre de 1043, se décomposant ainsi : légitimes 725, illégitimes 318.

Mortalite a Paris. – Population d'apres le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les déces ont été au nombre de 692, savoir : 374 hommes et 318 femmes. Les déces sont dus aux causes suivantes : Fievre typhoïde (typhus abdomin.) : 2. — Typhus exanthematique : 0. — Fievre intermittente et cachexie palustre : 0. - Variole : 0. — Rougeole : 3. Scarlatine : 0. — Coqueluche : 4. — Diphtérie et Croup : 2. — Grippe : 0. — Choléra asiatique : 0. - Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 4. — Tuberculose des poumons : 176. — Tuberculose des méninges : 6. — Autres tuberculoses : 9. — Cancer et autres tumeurs malignes : 56. — Méningite simple : 18. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 46. — Maladies organiques du cœur : 47. — Bronchite aiguë : 2. — Bronchite chronique : 7. — Pneumonie : 20. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 31. – Affections de l'estomac (cancer exc.) : 1. – Diarrhee et entérite de 0 à 1 an : sein : 7 : autre alimentation : 43. — Diarrhee et enterite de 1 à 2 ans : 4. — Hernies. obstruction intestinale : 5. — Cirrhose du foie : 9. — Néphrite et mal de Bright : 18. Tumeurs non cancereuses et autres maladies des organes genitaux (femmes) : 2. — Septicemie puerperale (fievre. peritonite. phlebite puerperale) : 4 — Autres accidents puerperaux de la grossesse et de l'accouchement : 1. — Debilite congenitale et vices de conformation 18. - Debilite senile : 18. — Morts violentes : 27. — Suicides : 10. — Autres maladies : 94. — Maladies inconnues ou mal définies : 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 50. qui se décomposent ainsi : légitimes 31, illégitimes 19.

Corps de santé militaire. — Au grade de médecin principal de 1re classe, les médecins principaux de 2e classe : Choux, de l'hôpital de Marseille, maintenu ; Dubujadoux, chef des salles militaires de l'hospice de Nimes, maintenu.

Au grade de médecin principal de 2e classe, les médecins-majors de 1re classe : Wissemans, de la section technique du service de santé, maintenu ; Salle, de l'hôpital de Nancy, maintenu ; Achintre, des salles militaires de l'hospice mixte d'Angoulême, nommé à Avignon.

Au grade de médecin-major de 1re classe, les médecins-majors de 2e classe : David, en non-activité, désigné pour le 108e d'infanterie ; Douillet, du 110e d'infanterie, maintenu ; Bonnet, professeur à l'Ecole d'application du service de santé militaire, maintenu ; Descubes, du 6e d'infanterie, maintenu ; Spillmann, du 129e, maintenu ; Cherpitel, du 32e d'artillerie, maintenu.

Corps de santé colonial. — Au grade de médecin principal de 1re classe : Le médecin de 2e classe Pethellaz, en congé maintenu.

Au grade de médecin-major de 1re classe, les médecins-major s de 2e classe : Bourdon, à Madagascar, maintenu ; Lenoir, au 2e régiment d'artillerie coloniale, maintenu ; Thiroux, détaché à l'Institut Pasteur, maintenu ; Brochet, du 8e régiment d'infanterie coloniale, maintenu ; Morel, en service au ministère des colonies maintenu ; Gandelin, du 5e régiment d'infanterie coloniale, maintenu.

École navale de médecine de Bordeaux : Nomination des élèves. — Par décision ministérielle du 2 septembre 1904, les étudiants en médecine et en pharmacie dont les noms suivent, ont été nommés, aprés concours, élèves du service de santé de la marine à l'école de Bordeaux.

Ligne médicale. — Mauran (Louis-Léon) ; Semprey (Raoul-François-Auguste) ; Escudié (Marcel-Paul-Etienne) ; Pénaud (Alfred-Jean-Jacques) ; Beaujean (Joseph-Pierre-Raoul) ; Arlo (Jules-Joseph-Antoine Marius) ; Ployé (Maurice-Désiré) ; Belley (Georges-Hippolyte) ; Pénaud (Emiles-James) ; Curet (Jean-Marie-Louis) ; Trabaud (Jean-Paul-Romain) ; Sauvé (Auguste-Pierre) ; Raisin (Louis-Octave-Antonin) ; Pélissier (Léopold-Henri) ; Guimezanes (Philippe-Vincent-Joseph) ; Frontgous (Jean Gaston-André) ; Chabé (Alexandre-Alfred) ; Althabégoïty (Albert-Joseph) ; Poupelain (Maurice-Gabriel-Hector) ; Maziéres (Jean-Léopold) ; Bernardeau (Max-Marie-Joseph) ; Le Breton-Oliveau (François-Louis-Amédée) ; Rochigneux (Jules-Marie-Joseph-Aubin) ; Vialard (Maurice-Justin) ; Wibratte (Georges-Henri-Marie) ; Ségard (Jean-Amédée-Marie-Charles) ; Dauvergne (Paul-Joseph-Marie) ; Le Bouchar (Léon-Joseph-Henri) ; Blandin (Charles-Marie-René) ; Clapier (Pierre-Edouard-Marius) ; Guyomarc'h (Jean) ; Bondil (Fernand) ; Euvrard (Mauri-Victor) ; Gilbert-Desvallons (Eugène-Marie-Jean) ; Bonnefous (Marie-Jules-Edouard) ; Botreau-Rousssel (Jules-Marie-Antoine) ; Lajus (Joseph-Marie-Henri) ; Mossé (Sylvain-Bénédict) ; Rivière (Joseph-Marie) ; Heymann (Paul-Charles) ; Bernard (Etienne-Emile) ;

Joulin du Sentre (Marie-Maurice-Augustin) ; Dornoy (Georges-Emile) ; Dupuis (Jean-Edouard-Achille) ; Le Borgne (Edouard-Vincent-Joseph-Paul) ; Arné (Louis-Pierre) ; Jouveau-Dubreuil (Hippolyte-Auguste) ; Brun (Louis-Joseph-Hippolyte) ; Bonnel (Jean-Baptiste-Fernand) ; Hullot (Georges-Marie-Albert) ; Allary (Charles Louis-Joseph) ; Antoine (Etienne-Henri) ; Cristol (Vincent-Théophile) ; Moisan (Alexandre-Gustave) ; Bourgarel (Maurice-Edmond-Marius) ; Richer-Anger (Marie-Joseph) ; Husnot (Joseph-Pierre-André) ; Delalande (Henri-Laurent).

Ligne pharmaceutique. — Jeanneau (Fernand-Léon-Hippolyte) ; Olivier (René-Louis-Romain) ; Puissan (René-Clair-Pierre-Jean) ; Dizerbo (Auguste-Marie). — Ces élèves devront être rendus à l'école le 20 octobre 1904. Les élèves démissionnaires seront remplacés de manière à compléter l'effectif au moment de l'ouverture des cours. Tout élève admis qui renoncerait au bénéfice de son admission, devra envoyer au ministère de la marine, dans le plus bref délai possible, sa démission accompagnée, s'il est mineur, du consentement de son père, de sa mère ou de son tuteur.

Externat des hopitaux de Bordeaux. — Les élèves du service de santé de la marine dont les noms suivent sont autorisés à se présenter au concours pour l'externat des hôpitaux de Bordeaux qui aura lieu le 4 octobre prochain : MM. Semprey (R.-F.-A.), Belley (G.-H.), Chabé (A.-A.), de l'école annexe de Brest ; M. Ploye (M.-D.) de l'école annexe de Rochefort ; M. Blandin (C.-M.-R.), de l'école annexe de Toulon. Ces élèves devront être rendus le 1er octobre à l'école principale de Bordeaux.

Nécrologie. — Le *Marseille médical* annonce la mort de M. Albert Pauchon, docteur en médecine, docteur ès sciences, professeur à la Faculté des Sciences, ancien professeur suppléant à l'Ecole de Médecine de Marseille. — MM. les Drs Pons (de Nérac) : Verdun (de Verdun) ; Taberlet, ancien inspecteur des eaux d'Evian ; Auscaler (de Dreslincourt, Oise) ; William-Spiess, étudiant en médecine à Paris, mort à la suite d'une chute dans une excursion alpestre.

Chronique des Hôpitaux.

Concours pour la nomination a une place d'oto-rhino-laryngologiste des hopitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le mardi 15 novembre 1904, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49. Cette séance sera consacrée à la composition écrite. MM. les docteurs qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration, de midi à trois heures, du vendredi 7 octobre au samedi 22 du même mois inclusivement.

Concours pour les prix a décerner aux élèves externes en médecine pour d'année 1904-1905 et la nomination aux places d'élève interne en médecine vacantes le 1er mai 1905. — L'ouverture du concours pour les prix de l'internat et la nomination des internes aura lieu le lundi 19 décembre 1904, à midi précis. Les élèves seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 3 heures, depuis le mercredi 2 novembre jusqu'au mercredi 30 du même mois inclusivement. Un avis ultérieur indiquera le lieu où les Candidats devront se réunir pour la première épreuve. Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les Candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours. Un numéro d'ordre qui leur sera remis à l'entrée déterminera la place qu'ils devront occuper pour rédiger leur composition. La lecture des compositions ainsi que l'épreuve orale auront lieu dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères, Clermont (Oise).
Maison speciale pour publications periodiques médicales.

3e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XX. N° 41. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 8 OCTOBRE 1904

Le Progrès Médical

ÉPIDÉMIOLOGIE

Considérations sur le livre intitulé : « Instructions pour la prophylaxie des fièvres palustres » de M. Const. SAVAS, professeur d'hygiène et de bactériologie, membre du Conseil de Santé, médecin de S. M. le Roi de Grèce ;

par le Dr **Jean CARDAMATIS**,
Ancien chef de clinique à la Faculté d'Athènes.

Le professeur d'hygiène et de bactériologie à l'Université d'Athènes, M. Const. Savas, en même temps que le rapport du Pr Celli (1), fait au Congrès international de Santé à Bruxelles, et à l'époque même où Laveran, membre de l'Académie de médecine de Paris, portait à la lumière son précieux et savant ouvrage sur la « Prophylaxie du paludisme », a fait paraître un traité de même nature, livre adopté par le gouvernement hellénique et distribué par ce dernier par milliers d'exemplaires à tous les médecins et à toutes les personnes qui pourraient instruire le peuple. Des livres, comme ceux de Celli, de Laveran et de Savas, traitant de questions d'une très grande importance et d'utilité commune particulièrement pour notre pays, où les fièvres palustres, comme dit avec raison Aphendoulis, constituent un ennemi toujours et partout présent des populations de la Grèce, ont une grande mission, remplissent très bien le but pour lequel ils ont été écrits et sont précieux pour l'utilité des instructions qu'ils contiennent.

***

Le livre de M. Savas, que nous allons essayer d'analyser brièvement, est divisé en quatre parties. La première traite des causes du paludisme et du mode de sa transmission, et contient plusieurs figures relatives au sujet. La deuxième contient toutes les instructions concernant la prophylaxie du paludisme. La troisième est consacrée à l'exposé de toutes les lois promulguées par le gouvernement italien dans le but de la prophylaxie de la malaria. Enfin la quatrième contient un tableau détaillé des divers marécages qui existent en Grèce.

Dans les chapitres des deux premières parties, l'auteur fait preuve de ses profondes connaissances sur le grand chapitre du paludisme, connaissances basées sur les observations personnelles assidues et attentives de l'auteur lui-même.

Quelle est l'étendue et l'importance des fièvres palustres dans notre pays, chacun peut s'en faire une idée réelle en lisant les premières lignes du livre de M. Savas qui n'hésite point à avouer que « nulle autre maladie, excepté, peut être, la tuberculose, fait en Grèce autant de ravages que les fièvres palustres, lesquelles, non contentes de tuer un grand nombre d'individus, portent leurs atteintes sur un nombre infiniment plus considérable ».

Chez nous, on rencontre partout les fièvres palustres qui occupent, à elles seules, le tiers presque de la pathologie interne, attendu que tout notre pays est plus ou moins semé de marécages. On peut s'en convaincre en jetant un coup d'œil sur les tableaux détaillés que contient la dernière partie de l'ouvrage en question. Malheureusement, la mortalité des fièvres palustres ne peut être établie qu'approximativement, parce que là où le paludisme sévit, les informations statistiques font défaut. C'est pour cette dernière raison que M. Savas, mettant à profit la similitude qui existe quant à la latitude géographique entre la Grèce (36°-40°) et l'Italie (36°-46°), tire ses conclusions sur la morbidité et la mortalité des fièvres palustres par la comparaison de ces deux pays et il en obtient que le paludisme atteint en Grèce 154.000 hommes et en tue 1150 chaque année. Néanmoins, l'auteur croit que les chiffres obtenus par cette comparaison doivent être considérés de beaucoup inférieurs à la réalité, parce que, d'une part, une partie de l'Italie se trouve située 6 degrés plus au nord que notre pays et, par conséquent, les fièvres palustres sont plus rares et ont, comme le dit Celli, le type des fièvres palustres du Nord de l'Europe, et que, d'autre part, conformément à la statistique officielle du ministère de l'intérieur concernant les douze plus grandes villes de la Grèce, avec une population de 360.000 habitants, les fièvres palustres tuent en Grèce, chaque année, 68 individus sur 100.000 d'habitants, ce qui revient à 1.630 morts sur toute la population de la Grèce.

De la comparaison de ces calculs numériques de la population des douze grandes villes de la Grèce avec celles de l'Italie, l'auteur conclut que les fièvres palustres sont de beaucoup plus fréquentes et destructives en Grèce qu'en Italie. En Grèce, sur 100.000 habitants, 9.000 sont atteints et 68 meurent tandis qu'en Italie, sur le même nombre d'habitants, 6.153 sont atteints et 46 meurent chaque année.

Ces chiffres mêmes, d'après l'auteur, ne sont pas exempts d'inexactitude pour le sujet qui nous occupe,

(1) « Prophylaxie de la malaria » rapport par M. le Dr A. Celli, prof. à l'Université de Rome, au Congrès de Bruxelles, 1903.

parce que les calculs d'où ils dérivent concernent la population des grandes villes, dans lesquelles, pour des causes diverses, les fièvres palustres sont plus rares, tandis que dans les petites villes, les villages, les campagnes et les populations rurales, qui constituent les 6/7 de la population entière de la Grèce, la morbidité et la mortalité sont incomparativement plus considérables. S'il y avait, dit M. Savas, des tableaux statistiques de mortalité pour tout l'Etat, on pourrait se convaincre que tous ces chiffres sont de beaucoup inférieurs à la vérité.

De notre part, il n'y a pas longtemps, nous nous sommes aussi occupé sur ce chapitre, et, pour fixer approximativement la morbidité des fièvres palustres en Grèce, nous avons pris un nombre défini de 136.242 habitants de la population rurale éprouvée à divers degrés par le paludisme, et nous avons trouvé, d'une façon approximative et sur la foi d'informations, que le nombre des personnes atteintes chaque année s'élève à 57.565 environ. En rapprochant ces données de celles d'une population fixe de 360.000 total des habitants des douze grandes villes de la Grèce, lesquelles subissent, sans doute, l'influence du paludisme à un degré moindre, nous sommes arrivé à la conclusion que dans toute la Grèce il y a chaque année plus de 200.000 d'atteints de paludisme et environ 2.000 morts des suites de ce fléau.

Tandis que la morbidité du paludisme en Grèce est incomparativement de beaucoup supérieure à celle de l'Italie, étant donnée l'exiguïté des travaux accomplis pour le drainage du sol, la mortalité n'en est peut-être qu'un peu plus considérable. Pour cette dernière recherche les moyens démonstratifs inébranlables nous manquent malheureusement, ce qui nous réduit à baser nos considérations sur des observations dont nous ne saurions cacher l'insuffisance.

M. Savas pour fixer la morbidité des fièvres palustres en Grèce profite des tableaux statistiques de l'Italie en les mettant en parallèle. D'après ces tableaux, un mort correspond à 133.3 impaludés. Quant à nous, nous y procédons d'une façon différente. Nous déduisons la morbidité du paludisme de la lèthalité des accès pernicieux et du rapport qui existe entre la fréquence de ces derniers et les maladies palustres en général. En ce qui est de la mortalité aussi bien que du rapport des fièvres palustres à la morbidité générale, nous avons recours, de notre part au moins, non seulement aux livres et registres des hôpitaux militaires, mais aussi à ceux des grands hôpitaux civils et Maisons de Santé (« Hôpital municipal Elpis », « Maison de Santé Evanguélismos ») pour l'espace d'une dizaine d'années. Ces sources nous mènent à conclure que la mortalité des fièvres palustres est moindre chez nous qu'en Italie.

Cependant, un examen plus général et une étude plus approfondie de la question des endèmies et des différentes épidèmies palustres en Grèce, des endèmies, et des épidémies qui concernent non seulement les âges déterminées des hommes de l'armée, mais tous les âges en général, nous conduisent à des conclusions autres que celles exposées plus haut, mais identiques à peu près à celles de l'auteur. Dans les années endémiques, la mortalité n'est point supérieure à 2-4 pour 1000, mais dans les années épidémiques elle s'élève à 4-30 pour 1000. Les épidémies du paludisme en Grèce revêtent le plus souvent une allure locale, et ce n'est qu'exceptionnellement, comme en 1903, et cela pour des raisons météorologiques, qu'elles prennent un caractère plus général : c'est pourquoi nous croyons juste de considérer comme limite de la mortalité du paludisme, chez nous, le terme moyen de chacun des rapports précédents, ce qui revient à 9 pour 1000. Durant les trois dernières années épidémiques, à Athènes, par exemple la mortalité palustre dans l'armée ne fut pas supérieure à 2-4 morts sur 1000 hommes; la même analogie numérique fut constatée parmi la population de la zone épidémique (quartiers de Vatrachonissi, de Pangrati et d'Ampèlokipi).

Pendant l'épidémie très grave qui éclata à Almyrs à la saison estivo-automnale, la mortalité s'éleva à 30 pour 1000. On a observé aussi la même analogie de mortalité à Brallo lors d'une épidémie suffisamment intense. Au contraire, dans les provinces de Thèbes et de Lévadie, où l'on a remarqué comme étendue la plus grande des épidémies (de juillet à octobre passés), la mortalité n'était que minime. Il ne serait donc point téméraire, si l'on acceptait comme terme approximatif de la mortalité des fièvres palustres chez nous l'analogie de 9 pour 1000 qu'accepte aussi à peu près M. Savas. La vérification de notre prétention que la mortalité est en Grèce probablement plus grande qu'en Italie, demande sans doute une étude plus approfondie, et plus probante devons-nous l'avouer. Mais quant aux effets destructifs que les fièvres palustres produisent dans notre pays, nous abondons dans la manière de voir de l'auteur qui avoue « que les fièvres palustres sont plus fréquentes et plus destructives en Grèce qu'en Italie », une fois que la morbidité chez nous est à peu de chose près voisine de celle de l'Italie.

***

Dans le deuxième chapitre de la première partie, l'auteur, traitant des formes cliniques du paludisme, cite comme type le plus fréquent en Grèce l'accès intermittent ou fièvre intermittente, et, parmi les fièvres pernicieuses, l'accès comateux. Cela est d'autant plus vrai qu'il est conforme aux résultats d'une grande statistique publiée il y a longtemps par nous (1), provenant de 43 hôpitaux et infirmeries de l'armée en Grèce et comprenant pour un espace de cinq ans (1893-1899), 153,158 malades entrés dans ces hôpitaux dont 60,125 pour des madies paludéennes. Sur ce dernier nombre 56,127 étaient des accès intermittents et 127 accès pernicieux dont les 113 comateux.

En ce qui concerne la résistance organique, l'auteur émet l'opinion que les enfants, en raison de la délicatesse de leur organisme, et la classe pauvre, à cause des conditions hygiéniques défavorables sous lesquelles les pauvres vivent exposés plus fréquemment aux influences de l'infection, sont plus facilement atteints que les autres. Il a parfois remarqué une immunité relative chez des personnes ayant subi depuis peu une grave infection. En cette dernière occasion, nous croyons utile de rapporter notre observation personnelle : toutes les fois que nous avons remarqué des personnes ayant obtenu l'immunité passagère, dont parle M. Savas, après un accès grave ou d'intensité moyenne, l'examen microscopique du sang de ces personnes nous décela quelques rares corps annulaires, des schizontes irréguliers et des corps sémi-lunaires. L'immunite relative a été observée par nous dans la période du développement des gamètes, non seulement au sujet du prœcox, mais aussi pour le compte du vivax. Très souvent ces personnes portaient un herpès labial, ce qui n'est qu'un signe d'immunité passagère : car chez la plupart des individus qui, après l'accès fébrile palustre avaient une irruption d'herpès labial l'accès rechutait dans les 8 ou 15 jours, tandis que chez d'autres la manifestation palustre ne se produisait qu'après une longue période de temps.

Au sujet de l'immunité passagère, il est à distinguer celle-ci de l'immunité que Koch a observée chez les indigènes des Indes Hollandaises et chez les enfants et qui n'a rien à voir avec celle qui nous occupe. Du reste, dans notre pays l'immunité est inconnue contrairement à ce que Koch prétend pour les pays tropicaux, et malgré les efforts de mon ami Celli (2) qui, pour prouver l'imminuté naturelle, cite cinq personnes restées intactes de paludisme bien qu'elles soient restées pendant longtemps

(1) Jean Cardamatis. — « De la fièvre bil. hémogl. », 1903, p. 223-224.

(2) A. Celli. — *Annali d'Igiène Sperim.* 1899, ix p. 294. — La Malaria secondo le nuove ricerche, Roma, 1899. — *Annali d'Igiène Sperim.* 1900.

dans des foyers palustres. Des cas de résistance individuelle sont comptés, sans doute, non seulement par nous, mais aussi par tous les observateurs. Nous n'avons jamais observé cette immunité naturelle comme continuelle et permanente : toutes ces personnes qui présentaient au commencement cette espèce d'immunité naturelle étaient aussi atteintes de paludisme dans des intervalles très longs. Durant notre long séjour dans les foyers du paludisme, nous ne vîmes pas même un seul individu qui ait complètement échappé aux atteintes du fléau palustre. Il n'y a donc en Grèce qu'une immunité relative et non absolue. L'existence de cette espèce d'immunité a été soutenue à propos des indigènes des pays tropicaux, non seulement par Laveran, mais aussi par Ziemann, Firket et Plehn.

***

Dans le troisième chapitre, après l'exposé historique des différentes théories qui ont prévalu pendant longtemps sur la nature du paludisme, et après le développement de la théorie de la transmission de l'infection par l'eau et par l'air, l'auteur arrive à la découverte des parasites palustres faite par Laveran en 1880, et, d'accord avec l'Ecole italienne, distingue trois espèces de parasites savoir : le *Plasmodium malariæ quartanæ* ou Plasmodium malariae qui produit la fièvre quarte ; le *Plasmodium malariæ tertianæ* ou *Plasmodium vivax* qui donne lieu à la fièvre tierce : et enfin le *Plasmodium laverania malariæ* ou *Plasmodium præcox* qui est l'agent de la tierce grave, des fièvres irrégulières, de l'accès pernicieux et de la fièvre continue palustre.

En ce qui est de la prédominance des types fébriles pendant les différentes saisons de l'année, il dit qu'en Grèce, à la fin du printemps et au commencement de l'été, on rencontre les tierces et quartes légères qui ne peuvent jamais se transformer en accès pernicieux ; durant l'automne, on rencontre les tierces pernicieuses ou tropiques, d'après Koch, ou estivo-automnales, comme les Italiens les appellent.

Les rechutes des fièvres palustres, suivant les études que nous avons faites avec le prof. de la Faculté d'Athènes Pezopoulo sur les trois dernières épidémies d'Athènes commencent chez nous à partir du milieu du mois de Mars avec une allure sporadique, et deviennent de plus en plus fréquentes à mesure que nous nous approchons du commencement de l'été ; la forme dominante de ces fièvres est la tierce légère et de moyenne intensité, plus rarement aussi la quarte et constituent le *paludisme printanier*. Les accès primitifs ou de première invasion apparaissent pour la première fois dans le mois de juin, revêtent le plus souvent la forme rémittente qui se transforme en quotidienne, ou la forme de tierce persistante, et plus rarement la forme quarte, et constituent le *Paludisme estival.* Pendant l'automne, et, en particulier, pendant les mois de septembre et d'octobre, on rencontre surtout les tierces graves, ainsi que bon nombre de rechutes des tierces estivales de moyenne intensité ; tous ces types forment le *Paludisme automnal*.

***

Après la description des parasites palustres et du mode de leur évolution dans l'organisme de l'homme et du moustique suivant les nouvelles théories, M. Savas s'occupe des différentes espèces d'Anophèles, de leur empennation caractéristique et de leur biologie en détail. Il rapporte qu'on rencontre chez nous les quatre espèces connues d'Anophèles, savoir l'A. claviger, l'A. superpictus, l'A. pseudopictus, et l'A. bifurcatus, et que de ces quatre espèces les plus dangereuses sont l'A. claviger et l'A. superpictus. Sur la question de savoir lesquelles de ces espèces de moustiques prédominent en Grèce, l'auteur résume ses observations dans une communication faite au dernier Congrès panhellénique de Médecine (1903) et d'après laquelle de 6082 moustiques provenant de différentes parties de la Grèce, les 1847 étaient des Anophèles et parmi ceux-ci 1778 A. clavigères, 20 A. superpicti, 21 A. bifurcati et 28 d'espèces indéterminables à cause du mauvais état de conservation où ils se trouvaient. De notre part, nous avons observé avec M. le Prof. Pezopoulo, pendant trois années consécutives et sur une étendue assez considérable comprise entre le Phalère et jusqu'au delà du mont Pentelique, une seule espèce de moustiques, l'Anophèle superpictus ; parmi les milliers d'A. superpicti pris et examinés par nous, ce ne fut qu'un seul A. bifurcatus que nous pûmes retrouver et un seul représentant d'un autre espèce de moustiques, d'une couleur noire, que nous avons décrite et dont nous avons démontrée la figure en photographie au Congrès panhellénique de médecine de 1903. Nous avons aussi établi, devant le même Congrès, que l'espèce unique de superpictus, que nous retrouvons par myriades dans la zone épidémique, était la cause des trois dernières épidémies palustres d'Athènes (1901, 1902 et 1903). Nous les premiers, parmi tous les observateurs, nous avons parlé de la possibilité de l'explosion d'une épidémie palustre par l'œuvre d'une seule espèce d'Anophèles, l'espèce A. superpictus.

***

Quant au mode de la propagation du paludisme par l'inoculation effective par la morsure des Anophèles, nous devons rapporter qu'il y a en Grèce, parmi les paysans, une idée plus générale sur l'action novice des morsures des insectes : une idée profondément enracinée chez les paysans, c'est que les insectes de l'été et surtout les punaises sont nuisibles non seulement parce qu'elles interrompent le sommeil, mais parce qu'elles contaminent parfois le sang en propageant plusieurs maladies par infection.

Le prof. Aphentoulis (1), à la Faculté d'Athènes, sans point se soucier si l'on allait le taxer d'extravagance, a soutenu alors, c'est-à-dire il y a seize ans déjà, avec conviction la transmissibilité des fièvres palustres.

Nous aussi, longtemps avant que l'idée de la propagation du paludisme au moyen des moustiques se fût appuyée sur des fondements scientifiques, nous écrivions en 1894 (*Galien* 1894, n° 4, p. 51) d'une façon encore plus expresse et encore plus concrète que « le plasmode palustre ou héloparasite, dont on ne sait pas d'une façon certaine la voie d'introduction dans l'organisme, semble probablement passer par l'appareil aérien. Pourtant un certain nombre des faits dont nous ne saurions mettre la réalité et l'exactitude en doute, nous persuadent que le parasite palustre peut pénétrer dans l'organisme par des portes d'entrée pratiquées sur la peau et les muqueuses blessées comme *nous supposons aussi que les morsures de certains insectes*, constituant autant de blessures microscopiques, seraient suffisantes pour livrer passage aux parasites et déterminer ce que nous appelons paludisme. D'ailleurs, les moustiques étaient toujours soupçonnés partout comme convoyeurs de l'infection palustre. Laveran lui-même avait émis de pareils soupçons et, beaucoup avant lui, Kink, en Amérique.

II

Dans la deuxième partie de son livre, M. Savas soutient l'opinion de Grassi consistant en ce qu'il n'y a point de malaria (mauvais air, influence d'air malsain), mais bien des parasites palustres qui se trouvent d'une part chez l'homme impaludé durant toute l'année, et d'autre part chez les anophèles durant les sept mois chauds de l'année. Les hommes infectés ayant des rechutes de fièvres palustres pendant l'hiver constituent le foyer de l'infection : c'est de ces impaludés que procède l'infection des nouvelles générations de moustiques lesquelles ser-

(1) Compte rendu du II° Congrès des médecins hellènes, 1888, page 149.

vent de moyens de propagation des fièvres palustres de première invasion. Ce sont donc les hommes infectés qui concourent de cette façon à la perpétuation du paludisme. Tout cela constitue vraiment un fait indiscutable. Nous l'avons examiné et étudié durant les trois dernières épidémies d'Athènes et nous fûmes inébranlablement convaincu de la relation qui existe entre les anophèles et les épidémies palustres. Pourtant il y a d'autre part un fait également indiscutable, c'est qu'il y a aussi des épidémies palustres éclatées lors de grands travaux de déblaiement. Des épidémies de pareille nature, nous avons observées non seulement à Athènes, mais aussi en diverses parties de la Grèce. Pour l'explication de ces dernières épidémies, devrait-on se contenter de dire que probablement il y aurait parmi les déblayeurs des anciens impaludés provoquant l'infection des anophèles, ou par-dessus cette explication, rechercher une autre cause inconnue pour le développement de l'épidémie.

***

La première indication prophylactique contre le paludisme que l'auteur recommande est la destruction des parasites dans le corps des impaludés. Mais comme cela est difficile à réaliser, il conseille l'empêchement, par tous les moyens possibles, de la pénétration des parasites dans l'organisme de l'homme sain, ainsi que le renforcement de la résistance des individus contre l'infection, tout en reconnaissant la nécessité indispensable de certaines mesures pour l'assainissement du sol.

Dans le premier chapitre qui traite des moyens capables à atteindre les agents du paludisme dans l'organisme de l'homme, M. Savas, d'accord avec Robert Koch, qui considère le problème de la prophylaxie du paludisme au même point de vue que celui de la prophylaxie de la fièvre typhoïde ou du choléra, conseille, après vérification du diagnostic, l'isolement des malades, étant donné que le paludisme est une maladie infectieuse et que le malade qui en souffre constitue un véritable foyer d'infection.

De pareilles mesures, mais non sous le sens rigoureux du mot, ont été appliquées depuis plusieurs années par les Anglais dans les Indes : les impaludés et les convalescents du paludisme sont envoyés à des stations de santé situées sur des hauteurs et constituent les *health cities* sans qu'on empêche pourtant à d'autres personnes non impaludées de s'y réfugier dans un but prophylactique.

Après la communication de Vincent et Burot sur l'importance des hauteurs dans la zone torride faite devant l'Académie de médecine de Paris dans la séance du 20 octobre 1896, ce fut Laveran qui vint le premier prêcher l'établissement de stations sanitaires ou sanatoriums sur des emplacements situés sur les hauteurs, et les consacrer à l'isolement et à la guérison radicale des impaludés. Cette recommandation a été répétée par Celli au dernier Congrès international d'Hygiène à Bruxelles. M. Savas exprime le vœu qu'on doive établir dans les lieux marécageux, des hôpitaux d'isolement et des Sanatoriums pour le traitement des malades palustres jusqu'à ce que le microscope cesse de déceler la présence des parasites dans le sang des convalescents ou des anciens impaludés. Ces stations seront aussi sans doute, d'une immense utilité pour les personnes qui subissent en hiver des rechutes palustres. Ce dernier point comporte une grande importance. Vous n'avez qu'à écouter Grassi sur ce sujet de la façon suivante : « Si l'on consommait en hiver la même quantité de quinine que l'on consomme en été, on verrait les fièvres palustres disparaître comme par magie. »

C'est avec beaucoup de raison que M. Savas insiste sur ces points dans son traité et en relève l'importance capitale. La guérison complète d'un seul individu ayant des rechutes de paludisme pendant l'hiver fait plus pour la prophylaxie du paludisme que la guérison d'une centaine de personnes ayant des accès de première invasion pendant l'été.

Les Sanatoriums pour impaludés ne peuvent, selon notre avis, remplir parfaitement leur but et ne contribuer au succès de l'idée primitive qu'en partie seulement. Il n'y a que l'isolement parfait des malades qui puisse concourir à la répression de la maladie et à la prophylaxie de la propagation de cette dernière. Comme à propos des pestiférents ou des cholériques ou enfin des malades qui souffrent d'une maladie contagieuse quelconque, nous avons soin de les isoler complètement, de même nous devons nous comporter lorsqu'il s'agit d'un malade palustre. Les sanatoriums ne peuvent favoriser que les palustres en convalescence et pendant que ceux-ci ne présentent point de rechutes. Il est aussi à recommander cet isolement dans les hôpitaux en général, dans lesquels doivent être aménagées des chambres d'isolement pour les malades qui auraient présenté des accès palustres, comme d'ailleurs, il y en a dans les services chirurgicaux et pathologiques des hôpitaux.

***

La désinfection la plus sûre du sang des impaludés étant obtenue par l'usage rationnel de la quinine, l'auteur conseille d'administrer ce médicament à tout moment lorsqu'il s'agit de combattre des formes graves de paludisme, et au stade de la sueur et un peu après, lorsqu'il s'agit des cas relativement plus légers. Il recommande de faire prendre par la voie stomacale le chlorhydrate de quinine en solution aqueuse par addition de quelques gouttes d'acide chlorhydrique, et par la voie hypodermique, les injections de bichlorydrate de quinine en dose deux fois plus petite que celle donnée par la bouche. En cas de paludisme aigu aussi bien qu'en cas de paludisme chronique, M. Savas, suivant les doctrines de Koch, prescrit 1 gramme et, en cas de rechute 1 g. 1 2 à 2 gr. de chlorhydrate de quinine par jour.

Quant à la prévention des rechutes, il conseille l'administration pendant deux mois de 1 à 1 1/2 gr. de quinine chaque 9e ou 10e jour. Quant à nous, pour le traitement du paludisme aigu, nous prescrivons aussi la quinine pendant deux mois, et, pour le traitement du paludisme chronique, nous faisons prendre le médicament aux malades pendant trois mois environ ; pour la dose, nous prescrivons 1 gramme pendant deux jours de chaque semaine.

Etant démontré que la quinine constitue le meilleur moyen pour combattre le paludisme, toutes les nations y visent très clairement et tâchèrent avec de grands sacrifices de propager et de rendre autant que possible large l'usage de la quinine. Le gouvernement des Indes Hollandaises fournit gratuitement la quinine à tous ceux qui souffrent de paludisme. Le gouvernement des Indes Anglaises permet la vente de la quinine aux bureaux de poste. Enfin le gouvernement italien, se procurant la meilleure qualité de quinine, la vend au public à un prix très bas (20 centimes 1 gram. de chlorhydrate et 16 centimes 1 gram. de sulfate ou de bisulfate de quinine). Sur ce point, M. Savas conseille que la vente de la quinine en Grèce se fasse par le gouvernement dans un but non fiscal, mais philanthropique. Comme membre du Conseil supérieur de santé, M. Savas avait autrefois préparé et soumis au gouvernement un projet de loi complet d'après lequel abstraction faite de tous les frais, le gouvernement peut vendre 1 gram. de chlorhydrate de quinine à raison de 16 lepta (centimes) et non à raison de 60 lepta comme les pharmaciens vendent conformément au tarif officiel.

***

Dans le second chapitre, M. Savas, traitant des moyens capables d'empêcher la pénétration des parasites palustres dans l'organisme humain, conseille la destruction des moustiques en les chassant ou en les narcosant

ou enfin en procédant à la prophylaxie mécanique contre ces insectes.

Pour détruire ou chasser les moustiques, on a inventé plusieurs moyens efficaces, lesquels étant très connus nous dispensent de les rappeler. Nous nous contentons à rapporter que les paysans de la Grèce chassent les moustiques par tradition en allumant, en dedans et autour de leur maison, des feux qui produisent beaucoup de fumée ; ils y emploient, au lieu du bois ou du foin, une espèce de matière combustible consistant en gâteaux faits avec de la bouse desséchée.

En général, comme on sait, toute matière exhalant une forte odeur est capable de chasser les moustiques, et c'est pour cette raison, pent-être, comme le dit M. Savas, que les paysans mangent beaucoup d'ail et croient que ce condiment les préservent des atteintes du paludisme. Mais comme l'efficacité de ces mesures laisse beaucoup à désirer dans l'œuvre de la destruction des moustiques on se tourna vers d'autres directions et on arriva à l'invention de moyens ayant pour but d'empêcher l'évolution des moustiques dans l'eau où ils se trouvent sous la forme d'insectes vermiformes apodes.

Pour la destruction de ces larves, l'auteur recommande les moyens connus d'étouffement et d'empoisonnement. Particulièrement pour la Grèce, comme moyen de destruction très sûr, d'après les expériences que M. Savas a faites dans son laboratoire, doit être considérée la chaux commune, qui est très abondante, à très bon marché, à la portée de tous et qui est préparée partout en Grèce.

La chaux vive, projetée en petits morceaux ou en poudre dans de l'eau qui contient des larves d'anophèles les détruit dans l'espace de 48 heures et plus promptement encore dans l'analogie de 1 à 5 %. M. Mavroudis, aide du laboratoire d'hygiène et de bactériologie du prof. Savas, a rapporté au dernier Congrès panhellénique de médecine (1903), le résumé de ses expériences faites sous la surveillance de M. Savas et concernant l'emploi de la chaux vive. La chaux doit être de bonne qualité, bien cuite, pour se diluer rapidement et complètement dans l'eau. On doit la projeter en poudre, l'état pulvérulent la rendant plus soluble et déterminant plus promptement la destruction des larves. Au sujet de la prévention mécanique en dehors des moustiquaires dont on faisait autrefois en Grèce un usage plus ample, l'auteur fait mention des grillages ou cadres de bois tendus de toile mécanique en fil de fer galvanisé, ou de toile faite avec des fibres végétales : les cadres doublant les portes sont mobiles comme celles-ci à l'aide des charnières, tandis que les cadres appliqués aux fenêtres sont immobiles. De pareils réseaux métalliques sont appliqués aussi aux cheminées en général, à toute ouverture ou trou que présentent les habitations et par où les anophèles peuvent pénétrer. M. Savas insiste beaucoup sur le sujet de la défense mécanique, et pour en démontrer les bons résultats, il rappelle non seulement les expériences respectives faites en Italie et ailleurs, mais aussi celles entreprises sur la ligne de chemin de fer Missolonghi-Agrinion dans les stations d'Etolicon, Alycôn, Galata et Kephalovrysson et couronnées de très grand succès.

Le renforcement de la résistance individuelle, à propos duquel insiste suffisamment M. Savas, constitue aussi un terme indispensable parmi les moyens prophylactiques. L'habillement, l'alimentation choisie et suffisante, l'habitation hygiénique, l'assainissement du sol la régularisation de la nappe souterraine par la canalisation, le dessèchement et la culture des terrains occupés par des marécages, les plantations d'arbres, tous sont des moyens d'une grande importance au point de vue de prophylaxie du paludisme. C'est avec grand plaisir que nous voyons que des avis semblables à ceux exprimés par notre excellent ami Celli devant le Congrès International d'hygiène de Bruxelles, sont partout adoptés. Les hommes préposés, comme en Grèce le membre du Conseil supérieur de Santé et professeur d'hygiène, M. Savas, à avoir soin de rendre publics ces avis et de faire du bien aux sociétés, se sont faits les apôtres des nouvelles théories sur la prophylaxie du paludisme.

III

Dans la troisième partie, comme en appendice, l'auteur reproduit *in extenso* toutes les lois concernant la prophylaxie du paludisme et qui, appliquées non seulement en Italie, mais aussi en Algérie, à l'île de Corse, et dernièrement à Suez, ont amené de si heureux résultats qu'on peut dire que les fièvres palustres se sont réduites à leur minimum. Les lois promulguées par le gouvernement italien prévoient la vente de la quinine ; le mode de sa conservation ; la surveillance du Conseil supérieur de Santé ; la détermination des zones palustres qui existent dans l'Etat ; les modifications qui peuvent survenir sur ces zones par le temps ; les dispositions sur la réduction des causes du paludisme ; les instructions pour l'installation et le fonctionnement des moyens mécaniques pour la défense des habitations des zones palustres contre l'invasion des insectes ailés ; les instructions indiquées pour l'assainissement des marécages. Ces lois sont bienfaisantes, très pratiques et très efficaces, et il serait à souhaiter qu'on les fît adopter par le gouvernement grec dans le but de réprimer le paludisme.

IV

Dans la dernière partie de son traité, M. Savas, le premier, donne une description détaillée des principaux marécages de la Grèce en se basant sur des renseignements officiels.

Le nombre total des principaux marécages, disséminés un peu partout en Grèce, s'élève à cent soixante-quinze La plupart en existent dans les départements où le paludisme fait ravage, comme les départements d'Elide, d'Argolide, de Phthiotide, d'Etolie et d'Acarnanie, d'Achaïa et de Corinthie. Il n'y a que trois départements, ceux de Phocide, d'Eurytanie et Magnésie qui, sans être dépourvus d'eaux stagnantes de grande étendue, n'ont pas de marécages importants. La superficie de terre occupée par les marécages en Grèce s'élève à 948.169 arpents, la superficie totale de l'Etat s'élevant à 69 679 kilomètres carrés. Le plus grand marécage, la Voïbeïs, a une étendue de 167.100 arpents et se trouve en Thessalie. L'étendue des autres marais et marécages varie entre 20 et 2 arpents seulement. La moyenne partie des marécages en Grèce ont une petite étendue. Beaucoup de ces marais se dessèchent complètement pendant l'été, et leur sol est cultivé ; ils comprennent une superficie de 68,000 arpents. La plupart des marécages conservent une partie de leurs eaux pendant l'été tout en laissant autour d'eux une zone desséchée au commencement de l'hiver et cultivée par les paysans : ce sont les plus dangereux foyers du paludisme. Les paysans qui les cultivent sont obligés d'y séjourner sous le ciel pendant les mois d'été et le commencement de l'automne pour la récolte de leurs produits. Le paludisme fait ravage parmi ces paysans.

Si l'on considère que partout presque se trouvent des marais de petite étendue, si l'on compte au nombre de ceux-ci les collections d'eaux de petits ruisseaux formées dans de petites fosses, sachant, d'autre part, que les eaux stagnante de petite étendue et sans profondeur, les eaux stagnantes qui mouillent à peine le sol, sont les plus dangereuses comme donnant l'hospitalité aux moustiques et à leurs larves, c'est alors qu'on pourra concevoir aisément pourquoi la Grèce est un pays où l'on rencontre surtout les fièvres palustres, comme on pourra aussi estimer la grandeur de la mission qu'a un livre tel que celui de M. Savas, qui traite avec une clarté admirable et développe en détail tous les chapitres de la prophylaxie du paludisme.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Eclatement des sutures du crâne.

Dans un travail remarquable de M. le Prof. H. Duret *Sur la pathogénie du syndrome des tumeurs cérébrales*, nous lisons le passage suivant :

« Bregmann (de Varsovie), chez un enfant de neuf ans, sous l'influence de la compression par une *tumeur du cervelet*, vit se produire un ÉCLATEMENT DES SUTURES DU CRANE, à la suite duquel des accès violents de céphalalgie, et des vomissements fréquents disparurent (2) ».



Fig. 29. — Calotte crânienne de Berl... (réduite). Elle mesure 17 centim. de longueur sur 15 de largeur. (1)

Les cas d'écartement, de disjonction ou, comme le dit M. Duret, d'éclatement des sutures, sont très rares. Nous en avons observé deux : le premier chez l'enfant Ber... atteint *d'idiotie symptomatique d'un sarcome du cervelet*. Sous l'influence de la pression exercée par l'hydrocéphalie, les sutures se sont progressivement écartées à un degré très remarquable (3) (*fig.* 29).

(1) Un jour de tempête, la barre d'un store s'est détachée et a fracturé le crâne dont nous avons dû rattacher les fragments.

(2) Bregmann. — *Zeit. für. Nervenheil.*, oct. 1901, et *Rev. Neurol.* 1902, p. 1033.

(3) Voir l'observation complète dans le *Compte rendu* de notre service pour l'année 1890, p. 41.

Le second cas nous a été fourni par l'enfant Marie Bais.., morte à l'âge de 12 ans (1). L'autopsie a montré plusieurs tumeurs du cervelet. L'examen histologique a permis de les rattacher à une *tuberculose chronique* avec évolution gliomateuse et kystique. Pendant la vie, il est survenu une hydrocéphalie qui s'est traduite par une augmentation de volume de la tête et cela par le fait de la *distension des sutures* (*fig.* 30).

Dans le cas de Marie Bais..., comme dans celui de Berl..., l'écartement des os, la *distension des sutures*, étaient arrivés à un degré très prononcé. Nous nous sommes demandé quelle était la première phase du processus pathologique qui aboutit à cette distension curieuse des sutures. Nous pensons qu'il nous est, peut-être, fourni par les lésions que nous avons constatées dans les observations de Dufoul..., Martin, consignées dans le *Compte rendu* de 1892 (p. 167, 172, 204, 206). Chez les malades qui en font le sujet, nous avons vu se produire dans la substance intersuturale une prolifération des tissus très intense, aboutissant à la production d'une sorte de bourrelet vasculaire, et cela sous l'influence d'une *méningo-encéphalite*, point de départ d'une *hydrocéphalie ventriculaire symptomatique*.

Bourneville.



Fig. 30. — Calotte crânienne (réduite) de Marie Bais... Elle mesurait 16 centim. 3 de longueur et 8 centim. de largeur.

(1) *Compte rendu* pour 1892, p. 33.

Conférence de l'externat. — Deux internes des hôpitaux commenceront le 1[er] novembre, une conférence privée d'externat, à nombre limité. S'adresser à la salle de garde de l'hôpital Necker.

Des Erreurs en Pharmacie. Erreurs dues aux médecins.

Les erreurs en pharmacie sont fréquentes et souvent leurs conséquences peuvent être de la plus grande gravité ; la responsabilité du médecin et celle du pharmacien sont en jeu, et l'on ne saurait savoir trop gré à M. le Dr J. Mougin de les avoir nettement exposées dans un travail méthodique (1) et d'avoir ainsi mis au service de ses confrères médecins sa grande expérience pharmaceutique.

Le Dr J. Mougin classe les erreurs en pharmacie en : erreurs dues au droguiste, erreurs imputables au médecin, erreurs causées par le pharmacien et erreurs commises par le public. Un sérieux contrôle de la part du pharmacien évitera les premières, les dernières nous préoccuperont moins ; cependant si elles n'entraînent pas la responsabilité directe du médecin ni du pharmacien, elles pourraient être souvent évitées, si médecin ou pharmacien donnaient au public ignorant des explications suffisamment précises pour l'exécution de l'ordonnance ou si des personnes spécialement instruites se trouvaient toujours au chevet des malades. Restent les erreurs les plus importantes dues au médecin ou au pharmacien.

Les erreurs dues au médecin proviennent, soit de l'oubli des doses toxiques, soit de distractions du praticien. L'oubli de la dose toxique est rare, car le médecin a le plus souvent sur lui un tableau de posologie annexé à son carnet de visites. Il peut, en outre, ajourner à une nouvelle visite l'administration du remède dont il ne se souvient plus exactement des doses maxima. Le plus souvent, l'erreur tient donc à une distraction pendant la rédaction de l'ordonnance. L'entourage du malade et le malade lui-même ont fréquemment la déplorable habitude de causer au médecin ou de l'interroger pendant qu'il écrit ses prescriptions, et une erreur peut alors se glisser dans l'ordonnance. Le médecin peut écrire par exemple : *sulfate de zinc* pour *sulfate de soude ; chlorhydrate de morphine* pour *chlorhydrate de quinine ;* il peut mettre à un enfant des doses d'adultes, confondre les grammes et les gouttes.

Tout cela peut être évité si le médecin impose silence à ceux qui l'entourent, ou s'il se donne la peine de relire avec soin son ordonnance, tout en expliquant, si l'on veut, au malade, de quelle façon elle doit être exécutée dans ses détails.

Le Dr Mougin donne à ce propos quelques conseils de pratique banale qui n'en sont que plus intéressants et doivent être particulièrement soulignés :

Il reproche au praticien de manquer trop souvent de méthode en formulant. Tantôt il formule pour une pilule, pour un cachet, en un mot par dose qui doit être répétée un certain nombre de fois. Tantôt il formule en masse le principe actif à diviser en un nombre donné de pilules ou de cachets. M. Mougin est convaincu qu'on éviterait beaucoup d'irrégularités et d'erreurs si l'on formulait toujours par doses.

Cette coutume est assez répandue pour les paquets, pour les cachets et pour les pilules, elle ne l'est pas (à tort selon M. Mougin) pour les potions. Pourquoi dit-il ne formulerait-on pas ainsi :

Sulfate de strychnine..	un milligramme.
Eau distillée..........	une cuillerée à café ou 5 grammes.

Pour une dose.
Répétez 30 fois.

Ou bien :

Kermès..............	cinq centigrammes.
Extrait d'opium.......	un centigramme.
Alcoolature d'aconit...	cinq gouttes.
Julep gommeux.......	quantité suffisante pour une cuillerée à soupe.

Répétez dix fois.

Le conseil est bon, mais pour voir adopter cette manière de faire, qui permettrait de donner plus exactement les doses, il faudrait lutter contre cette force d'inertie si puissante qu'est l'habitude. M. Mougin fait encore quelques observations sur des détails qui jettent la suspicion dans l'esprit du client et le font douter de la valeur de son médecin. C'est quand la formule écrite ne permet pas de délivrer une quantité suffisante pour remplir la période de traitement qu'a prévue le médecin ; c'est, sans parler des incompatibilités, quand la préparation prescrite contient un sirop étendu d'eau qui fermente fatalement au bout de quelques jours. Ces erreurs secondaires peuvent être réparées par le pharmacien, mais il peut le faire de mauvaise grâce et nuire ainsi beaucoup à la réputation du médecin, tout en restant strictement dans son rôle.

Voilà pour le côté médical, quant aux erreurs qui peuvent résulter du pharmacien, elles sont encore plus nombreuses. Elles peuvent tenir à une mauvaise interprétation de l'ordonnance, à une mauvaise organisation du laboratoire ou de l'officine du pharmacien, à des distractions pendant les pesées, à des confusions d'ordonnances, d'étiquettes, de paquets livrés. Tout ceci paraît bien terre à terre, mais c'est du plus haut intérêt pratique vu la gravité des conséquences qui peuvent résulter d'un oubli insignifiant de ce genre. Il convient donc de remercier M. le Dr Mougin d'avoir attiré l'attention sur ces vices de la pratique médicale et pharmaceutique et il est du devoir de la presse médicale de donner à ces excellents conseils toute la publicité qu'ils méritent.

J. NOIR.

(1) Ce travail fort intéressant a paru dans le journal *La Santé Universelle* (mars et octobre 1903).

THÉRAPEUTIQUE

CONGRÈS INTERNATIONAL DE SAUVETAGE
ET SECOURS PUBLICS
au Grand-Palais

du 25 septembre au 2 octobre 1904.

—

Suite (1).

Le Dr Frébault (de Paris), délégué général aux Congrès de 1904 et président de la Société des Ambulanciers de France, fait un très intéressant rapport sur *l'utilisation en temps de guerre des hommes non soumis à la loi militaire*. Les événements actuels en Extrême-Orient démontrent suffisamment que le service de santé militaire peut être insuffisant pour faire face aux éventualités les plus débordantes. On a bien organisé d'une façon remarquable plusieurs sociétés de secours : *Dames françaises, Union des Femmes de France, Société de secours aux blessés militaires*, etc., mais ces précieuses ressources suffiraient-elles à un maximum de blessés ? C'est pourquoi, on devrait, par la plus sage des précautions, utiliser en temps de guerre le concours d'autres Sociétés telles que celles des *Ambulanciers de France* et des *Secouristes français*. Mais ici encore se dresse un écueil.

Les hommes de 20 à 45 ans devront rejoindre les corps auxquels ils sont affectés ; donc ils seront considérés, non pas comme des ambulanciers ou des infirmiers, mais comme des combattants ; de là une diminution du personnel des sociétés sus-désignées, lesquelles sont fermées à ceux au-dessous de 45 ans.

D'un autre côté, pour parer à l'insuffisance des infirmiers militaires, l'administration de la guerre a enrôlé dans ce corps les musiciens des régiments. Mais ces musiciens font de très mauvais brancardiers ou infirmiers, parce qu'ils s'y prêtent de mauvaise grâce.

Le remède consisterait à utiliser les impropres au service actif ou auxiliaire, faibles de constitution ou d'un membre, claudicants, borgnes, etc. Beaucoup de ces réformés font d'excellents infirmiers dans nos Associations où ils rendent de très grands services, et en ont donné la preuve au grand Concours international de secours aux blessés civils et militaires, lors de l'Exposition de 1900. Et nous voyons souvent, nous autres médecins, des conscrits refusés deux ou trois fois au conseil de revision pour faiblesse de constitution, et devenir plus tard des gaillards solides et endurants. La question pratique à régler serait de trouver les moyens d'initier ces hommes acceptés dans nos Sociétés au service d'ambulance dans les corps de troupe. Ne pourrait-on les verser dans des sections d'infirmiers et brancardiers *auxiliaires*, les astreindre à des cours et exercices dirigés par des médecins militaires ? Il y aurait, après examen, délivrance d'un certificat qui leur permettrait de ne plus suivre les cours, sans les dispenser d'être rappelés de temps en temps pour ne pas perdre leur acquis. On pourrait d'ailleurs, si la loi le permettait, astreindre ces brancardiers auxiliaires à suivre les cours de nos associations (Ambulanciers de France, Secouristes). Telles sont les propositions qui sont à étudier par les congressistes, pour en dégager des conclusions fermes, qui seraient de si heureuse conséquence, en particulier pour notre pays.

M. Paul Pointet (de Belfort) traite du rôle des sauveteurs en cas de guerre terrestre, et plus spécialement du programme des *Sauveteurs ambulanciers du Haut-Rhin*. Inutile d'étendre le règlement du service de santé en campagne. Toutefois la notice n° 15 aurait pu, plus utilement, assigner à chaque Société un rôle fixe et différent de celui de la voisine. D'autre part, il serait utile que le personnel des futurs hôpitaux auxiliaires de campagne soit non seulement désigné, mais exercé à l'avance. Le rapporteur donne d'intéressants détails sur la législation internationale et la convention du 22 août 1864, dite Convention de Genève.

M. Robert (de Paris) donne des détails sur les *procédés de stérilisation des pansements* et leur *conservation aseptique*. Le meilleur procédé est par la chaleur d'eau saturée sous pression, avec bouchage des boîtes métalliques dans l'autoclave même. Suit une description de l'autoclave Robert et Leseurre qui répond pleinement par la théorie et l'application au desideratum ci-dessus.

M. Brohon (de Paris) rapporte sur le *service dans les hôpitaux de campagne*. Ces hôpitaux, au nombre de six par corps d'armée, ne doivent pas perdre le contact des troupes, et être confortablement installés dans les endroits les plus propices.

Il y a les hôpitaux mobiles et les hôpitaux sédentaires. Nos grandes associations (Ambulanciers de France, Secouristes), rendraient de grands services à ces hôpitaux de campagne, dont le personnel est souvent insuffisant.

M. Séguel (de Paris) parle sur *l'activité de la Croix-Rouge dans la guerre russo-japonaise*. Cette Société était prête malgré la surprise de la guerre. Elle comptait au début de la guerre 460 institutions ; elle en a aujourd'hui plus de 900. Deux mois après l'ouverture des hostilités, il fonctionnait sur le théâtre de la lutte : 10 hôpitaux, 10 détachements mobiles, 6 ambulances d'étapes, 8 détachements mobiles de désinfection et deux trains sanitaires ; cela, à 14.000 kilomètres du siège de la Commission exécutive. Chaque détachement de 25 lits est composé de : 1 médecin principal, 1 économe, 1 pharmacien, 15 sœurs de charité et 20 infirmières. Il y a en outre de petites ambulances de 10 lits et des ambulances volantes, traînées par des bêtes de somme.

Les dépôts de médicaments, etc.,) s'enrichissent tous les jours, grâce à des dons généreux.

De mars à avril, 342 wagons ont été expédiés, sur une seule ligne à voie unique et malgré l'encombrement. Malgré toutes les dépenses, la Croix-Rouge russe disposait encore, au 1er août dernier, y compris son capital de réserve, d'une somme de 8.000.000 de roubles.

(*A suivre.*) P. Cornet.

(1) Voir *Progrès médical*, dernier numéro.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 octobre

Au début de la séance, M. Motet prononce en quelques mots qui soulèvent une réelle émotion, l'éloge funèbre du regretté bibliothécaire de l'Académie, M. le Dr Dureau. Dans un poste des plus difficiles, M. Dureau apporta toujours aux travailleurs de sa bibliothèque un concours aussi aimable que consciencieux.

Le traitement des varices et des phlébites par le mouvement.

M. le Dr Reynier, se fondant sur les dangers de l'embolie, signale les dangers du traitement par la mobilisation précoce. Il signale plusieurs faits, dont le sien propre, observé pendant la convalescence de sa grave pneumonie où l'embolie eut manifestement pour cause un mouvement intempestif au cours d'une phlébite insoupçonnée. Il rapporte en particulier un cas de mort à la suite d'une embolie produite par le simple effleurage.

M. Reynier estime que, dans tous les cas de phlébite récente, l'immobilité doit être absolue et prolongée. L'immobilité agit dans la veine, comme dans tous les tissus, elle décongestionne et localise la poussée inflammatoire.

Dans les cas de phlébite ancienne, ayant laissé un œdème qui tarde à disparaître, les bains chauds et le traitement dans les stations balnéaires offrent plus de sécurité que le massage. Ce dernier, en effet, peut réveiller une infection microorganique qui sommeille.

Quant à la marche comme traitement des varices, M. Reynier déclare que si elle est généralement bien supportée par les malades porteurs de varices non enflammées, il n'en est pas de même chez les sujets ayant eu autrefois une phlébite.

La marche congestionne alors les veines. Elle amène non seulement des œdèmes, mais des douleurs et des crampes ne cédant qu'à la compression au moyen d'une bande élas-

tique. Cette bande est également nécessaire à titre préventif pour limiter la congestion produite par la contraction musculaire.

Prophylaxie du paludisme à Madagascar.

M. Laveran signale l'importance de la guerre aux moustiques par le pétrolage des étangs, l'asséchage des mares, les précautions dans les cultures et les irrigations.

La surveillance des eaux potables.

Le ministre de la guerre ayant demandé à l'Académie de nommer une Commission chargée, dans les villes de garnison, de la surveillance des eaux, du captage des sources, etc., MM. Brouardel, Chantemesse, Collin, Gariel, Pouchet, Roux et Vallin ont été nommés membres de cette commission.

A.-F. Plicque.

REVUE DES MALADIES NERVEUSES

Rédacteur spécial : M. le Dr Ch. MIRALLIÉ.

I. — Contribution à l'étude clinique et pathogénique de l'athétose double ; par R. Goulard. (*Thèse de Paris*, janv. 1903).

Faite dans le service du Dr Bourneville, avec des observations originales, cette très intéressante monographie met au point la conception actuelle de l'athétose double. A l'athétose double, entité morbide d'accord avec tous les neurologistes, l'auteur substitue l'athétose double, syndrôme ; la triade symptomatique : (Mouvements athétosiques, rigidité musculaire, troubles intellectuels) s'associe souvent à d'autres diplégies cérébrales et même à des affections médullaires ; il n'existe aucune différence de forme notable entre les mouvements de l'athétose symptomatique et ceux de l'athétose double, et l'on constate tous les intermédiaires entre ces deux variétés de troubles de la motilité. L'athétose double n'est donc qu'un syndrôme et non une entité morbide.

II. — Evolution des idées délirantes dans quelques cas de mélancolie chronique à forme anxieuse ; par Magalhaes Lemos. (*Congrès de Madrid*, 1903).

Observation intéressante pour la genèse et l'évolution des idées délirantes chez un mélancolique. Un homme de 33 ans, à la suite d'une forte secousse morale, est atteint de mélancolie simple, puis de mélancolie anxieuse. Il s'accuse à tort et à travers de tout : Cette idée de culpabilité, exagérée outre mesure, pousse le malade vers l'idée d'universalité, puis d'immortalité (ses innombrables crimes exigent un châtiment sans pareil, une souffrance sans fin), d'éternité. Toutes ces idées fausses s'enchaînent et s'appellent en un vrai système délirant (folie systématique). Cette observation montre que la présence des idées hypochondriaques et de négation n'est pas indispensable pour arriver à l'idée d'une immortalité. En outre ce délire de grandeur des mélancoliques a ceci de caractéristique, qu'il garde, pendant longtemps au moins, l'empreinte, le cachet de son origine ; il ne cesse pas d'être humble et pénible, ce qui le rend contradictoire au premier chef. Enfin le délire systématisé des mélancoliques peut offrir une teinte spiritualiste à nuance panthéiste.

III. — Tabes et psychose ; par Cassirer. (Librairie Karger, Berlin, 1903).

Cassirer étudie d'abord, au triple point de vue clinique, étiologique et anatomo-pathologique les relations du tabes et de la paralysie générale qu'il tend à considérer comme une seule maladie ; il fait l'historique des associations du tabes avec les maladies mentales et étudie successivement l'association du tabes avec les délires systématisés avec ou sans hallucinations, les illusions, la démence, la lypémanie, la manie, la mélancolie, la folie circulaire, la catatonie, le morphinisme, l'alcoolisme, les troubles psychiques de la syphilis cérébrale, la neurasthénie. Dans ce travail très important, basé sur une littérature très complète, l'auteur expose pour chaque cas les opinions émises et indique son avis sur chaque problème soulevé.

V. — Traitement de l'œsophagisme ; par S. Dubois (de Saujon). (*Congrès international de Madrid*, 1903).

Contre l'œsophagisme chronique, Dubois a recours au massage vibratoire et à l'électrolyse linéaire ; chaque séance est suivie d'un repos absolu, dans l'immobilité complète, en même temps que par encouragements, par suggestions verbales à l'état de veille, il fait la rééducation de la fonction œsophagienne. En cas d'échec, il conseille d'avoir recours à la dilatation progressive ou à la dilatation forcée.

V. — Myopathie primitive progressive d'évolution anormale ; par Jacquemet. (*Dauphiné Médical*, août 1903).

L'auteur publie un cas de myopathie primitive progressive, type Leyden-Mobius, à évolution progressive et régulière pendant 7 ans. Alors, le malade, pour soutenir ses jambes, se met à porter constamment dans la journée des bandes molletières. Au bout de 4 à 5 mois, commence un processus de régénération dans les muscles des mollets, qui mesurent maintenant 32 cm. de circonférence et ont une consistance normale, contrastant avec l'atrophie des muscles de la ceinture pelvienne. L'examen biopsique des muscles jumeaux externe, triceps fémoral, deltoïde, ne montre ni atrophie, ni hypertrophie, aucune dégénérescence des éléments du muscle, mais seulement des phénomènes marqués de suractivité vitale du sarcoplasma, caractérisés par la multiplicité des noyaux : Il y a donc eu un processus de rénovation musculaire.

VI. — Chirurgie des tumeurs du cerveau, au point de vue neurologique avec note sur un cas récent ; par Mills. (*Philad. méd. Journ.*, 29 nov. 1902).

L'auteur expose d'abord en quelques mots les causes d'échec dans les opérations dirigées contre les tumeurs cérébrales (erreur de localisation ; hémorrhagie excessive ; concussion et contusion du cerveau ; longue durée de l'opération ; troubles de la pression) et insiste sur l'importance des rayons X dans le diagnostic de localisation. Il indique son procédé opératoire et la méthode de topographie cranio-cérébrale suivant la méthode Anderson-Makins et donne une observation de gomme de la zone motrice, diagnostiquée par les rayons Rœntgen et opérée. Opération, guérison, disparition de la céphalée, de l'épilepsie Jacksonnienne, amélioration de la vision.

VII. — Une leçon sur l'abiotrophie ; par Gowers. (*Lancet*, 12 avril 1902).

Sous le terme d'abiotrophie, Gowers rassemble toutes les affections qui relèvent d'un trouble primitif de la nutrition, frappant tel ou tel élément constitutif du corps : muscles, système nerveux, etc. Cette leçon est une sorte de vue d'ensemble sur les diverses dystrophies.

VIII. — La nature syphilitique et la curabilité du tabes et de la paralysie générale ; par L. E. Leredde. (G. Naud, Paris 1903).

Les affections qu'on désigne, en 1902, sous le nom de tabes et de paralysie générale, sont, chez les syphilitiques, des affections de nature syphilitique, curables par le traitement mercuriel. Cette vérité a été méconnue :

1° Parce que le traitement mercuriel n'a pas été fait dans ces maladies d'une façon régulière et au moyen de doses de mercure suffisantes ;

2° Parce que, comme toutes les autres lésions du système nerveux, les lésions syphilitiques du tabes et de la paralysie générale entraînent des lésions secondaires et que des symptômes d'abord curables deviennent ensuite des symptômes définitifs. Plus le processus est ancien, plus on observera, toutes choses égales d'ailleurs, de symptômes de cet ordre ;

3° Parce que les histologistes qui peuvent parfois, par l'examen microscopique, affirmer la nature syphilitique d'une lésion, ont cru pouvoir affirmer au nom de l'anatomie pathologique que certaines lésions n'étaient pas syphilitiques, alors que leur nature était inconnue.

Le tabes et la paralysie générale (chez les syphilitiques) ne sont pas des entités morbides indépendantes, mais simplement des modalités anatomocliniques liées à une diffu-

sion particulière, à une évolution lente du processus syphilitique. Entre elles et les formes typiques de la syphilis cérébrale ou spinale existent toutes les formes de passage.

Telles sont les conclusions de ce livre, fort bien discuté, appuyé d'arguments sérieux et qui s'impose à la méditation de tous les médecins. Il faut reconnaître que cette notion des affections parasyphilitiques « d'origine mais non de nature syphilitiques » est difficile, pour ne pas dire impossible à comprendre. Le traitement syphilitique s'impose contre le tabes et la paralysie générale. Il faut être reconnaissant à Leredde d'avoir posé le problème et d'avoir indiqué nettement les bases de la thérapeutique. Il est du devoir de tout médecin de suivre ses indications.

IX. — Un cas d'arthropathie tabétique (pied tabétique); par SCHEIBER. (*Wien. méd. W.*, 1903).

Après une revue de l'état actuel de la question des arthropathies du tabes et des diverses théories pathogéniques, Scheiber expose l'histoire d'un tabétique qui présente une arthropathie du pied gauche. Cette artropathie est intéressante par ce qu'elle est du type hypertrophique. En outre, et les radiographies le montrent nettement, cette hypertrophie porte presque exclusivement sur la partie postérieure du premier métatarsien.

X. — Pathogénie, pronostic, thérapeutique du tabes d'après 1960 observations; par MM. BELUGOU et FAURE. (*Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Bruxelles*, 1903.)

De l'étude des faits, les auteurs arrivent à cette conclusion : le tabes, rare chez la femme, frappe surtout les syphilitiques (77 %) ; à défaut de syphilis, ce sont surtout les antécédents rhumatismaux et les infections et intoxications que l'on rencontre surtout, avec l'hérédité névropathique, à laquelle s'ajoute la suractivité, et le surmenage nerveux, 59 % des tabes sont à évolution bénigne (19 % de tabes arrêté, 40 % de tabes à rémissions) ; 36 % à évolution grave (tabes progressif 30 %, tabes aigu 5 %) ; enfin il y a 5 % de tabes régressifs ou de guérisons. Comme il a été soutenu récemment à la Société de Neurologie de Paris, le tabes serait donc d'un pronostic moins sombre que le disaient les classiques. Comme thérapeutique il faut tenter, aussi près que possible du début, le traitement antisyphilitique à dose progressive (les auteurs ne sont pas partisans des hautes doses de mercure ; ils croient au contraire que les doses massives ne donnent pas plus d'améliorations que les doses modérées et qu'elles donnent plus d'aggravation) ; pratiquer la rééducation motrice, et faire une cure reconstituante et révulsive à Lamalou.

BIBLIOGRAPHIE

Les applications sociales de la solidarité; par L. BOURGEOIS, P. BUDIN, CH. GIDE, H. MONOD, G. PAULET, A. ROBIN, J. SIEGFRIED et P. BROUARDEL. (*Biblioth. gén. des sciences sociales* : F. Alcan, édit., 1904.)

Sept conférences précédées d'une instructive préface servant de résumé, de M. Léon Bourgeois, voilà ce que nous offre la librairie Alcan sous le titre que l'Ecole des Hautes-Etudes a elle-même donné à l'ensemble de ces conférences : Applications sociales de la solidarité.

Les noms les plus divers se trouvent ici réunis, traitant de questions que l'on s'étonne de voir ainsi groupées, mais qui sont reliées entre elles par le principe même qui essaye de les résoudre : le principe de solidarité, et la médecine y trouvera largement à glaner.

La solidarité d'abord dans ses rapports avec les accidents du travail apparaît ici clairement, grâce à l'exposé lumineux que fait M. Paulet de sa législation. Aussi nettement trouvons-nous ce principe établi à la base de la coopération comprise dans le sens large et généreux tel que l'entend M. Gide.

Les autres conférences ont plus d'un point de contact, inspirées toutes par le même mobile, le souci de la santé publique et de l'hygiène sociale, que M. Monod, dans sa remarquable étude de la loi sanitaire de 1902 fait dériver du même principe de solidarité. Depuis les découvertes de Pasteur, depuis qu'une grande partie des maladies sont apparues comme transmissibles, depuis ce temps-là nous sommes tous solidaires dans la lutte contre les invasions microbiennes. C'est un devoir social pour chacun de nous de prendre les précautions nécessaires et d'en empêcher la diffusion. C'est même un devoir pour l'Etat de limiter la liberté de chacun au point de vue hygiénique, dès qu'elle est une menace pour la santé de nos concitoyens, pour celle de l'humanité, va jusqu'à dire M. Monod. S'appuyant sur des exemples frappants, il défend avec énergie cette loi sanitaire, montrant l'impérieuse nécessité qu'il y avait à remplacer celle de 1822, et en indique les principaux éléments : la déclaration des maladies contagieuses, la désinfection, l'isolement, l'assainissement des villes, la salubrité des habitations.

Ce dernier point est amplement développé par M. Siegfried dans sa conférence sur les « habitations à bon marché ». Il y donne les résultats de ses consciencieuses études sur les moyens d'action employés dans les divers pays qui ont, en partie, résolu la question ; ainsi, il cherche un moyen de compléter et d'étendre ce qui a déjà été fait en France dans ce sens. Cette question des habitations à bon marché est un des plus importants problèmes sociaux, et les statistiques de MM. Monod et Siegfried montrent comme l'échelle de la mortalité s'élève dans les quartiers ouvriers dont l'agglomération augmente encore l'insalubrité. C'est une amélioration non seulement matérielle que l'on apportera aux classes laborieuses, en menant à bien l'œuvre déjà commencée, mais aussi une amélioration morale.

Ce que la loi ne peut atteindre sans devenir une violation de la liberté individuelle : la propreté et l'hygiène de la personne, par exemple, M. Brouardel nous en donne, par quelques aperçus sur les fonctions cutanées, une notion nette et précise. Il fait à chacun un devoir de solidarité de prendre un soin minutieux de toute sa personne, non seulement pour lui-même, mais aussi pour ses semblables.

C'est ainsi qu'il insiste beaucoup sur la nécessité des bains fréquents et souhaite ardemment d'en voir l'usage se répandre, grâce à l'installation des bains-douches dans les collectivités d'abord, dans les maisons particulières ensuite. Ces conseils sur la propreté et le choix de l'habitation seraient excellents à suivre pour toute femme soucieuse de la santé des siens ; et les personnes que préoccupe le bien-être de ceux que l'accroissement de la famille, le chômage et la maladie mènent à la misère, y trouveraient une puissante et heureuse invitation à la campagne hygiénique : c'est d'ailleurs beaucoup à la femme, qui doit connaître l'art d'éviter la maladie, que s'adresse dans cet entretien le professeur Brouardel.

S'il est des luttes contre la maladie dans lesquelles tout homme peut trouver un moyen de pratiquer efficacement son devoir de solidarité, c'est bien dans la lutte contre la tuberculose et contre la mortalité infantile. Ils sont tristement éloquents les chiffres que nous présente M. le Dr A. Robin sur la maladie elle-même et l'inutilité à peu près certaine du grand effort fait contre elle par la création des sanatoriums. Mais les échecs ne doivent qu'encourager de nouveaux efforts à recommencer la lutte que le Dr Robin envisage sur deux points principaux. D'abord prévenir et, sur ce point, il énumère les règles de prophylaxie qui ont trouvé leur sanction en devenant des articles de la loi sanitaire de 1902 dont il faut poursuivre la consciencieuse application. Le second point envisagé ici touche autant et plus à la médecine qu'à l'hygiène proprement dite que certaines tendances voudraient rendre exclusive. La théorie de l'exagération des échanges respiratoires et de la déminéralisation, qui ressort de ses études cliniques et de celles du Dr Binet, font diviser par M. Robin, l'effort en le portant sur le terrain tuberculisable d'abord, pour le modifier et le rendre inapte à la contagion, sur le terrain infecté ensuite, pour lutter par des moyens thérapeutiques. C'est avec espoir et foi que M. Albert Robin nous invite à réunir notre effort à ceux des médecins pour les aider à dépister le bacille, à instruire les pauvres gens,

à leur apprendre à se soigner, à prendre part à des œuvres de prophylaxie dont la simplification rendra le but facile à atteindre.

Le Pr Budin, lui aussi, nous fait entrevoir un avenir moins sombre dans la lutte contre la mortalité infantile. Les 3/4 de ceux qui succombent ne devraient pas mourir. Ce sont les moyens pour arriver à ce résultat que s'efforce de nous enseigner le Pr Budin, en s'appuyant sur les statistiques et en indiquant les principales causes de mort : diarrhée, affections pulmonaires, débilité congénitale. Nous devons lutter d'abord en préconisant l'allaitement maternel et en le régularisant, ce dont chaque mère doit être convaincue de la nécessité, puis en instruisant les mères sur leurs devoirs : il faut que les dispensaires, les crèches, les consultations de nourrissons, excellentes fondations pour la santé du nouveau-né, deviennent, selon l'expression du Dr Henri de Rotschild, des écoles de mères. Enfin, en donnant les secours indispensables aux mères nécessiteuses, et en étendant la protection légale des enfants en bas-âge. On a déjà généreusement fait beaucoup dans ce sens, les médecins y apportent chaque jour un infatigable courage : quelques efforts, quelques bienfaisantes initiatives sont encore nécessaires : il sera si facile alors de sauver la moitié des 150.000 enfants qui succombent chaque année en France. Cette heureuse perspective, qui supprimera tant de larmes, doit être pour nous un encouragement à y contribuer. Là encore, et surtout, nous accomplirons notre devoir de solidarité dont l'Ecole des Hautes-Etudes, par ses conférenciers, nous a si puissamment montré l'existence dans tant d'actes de la vie sociale, devoir de solidarité auquel elle nous invite si noblement. M. Noir.

Louis Pasteur ; ses plagiats physicophysiologiques et médicaux ; ses statues ; par A. Béchamp. (Chez l'auteur, 15, rue Vauquelin, Paris).

M. Béchamp a réuni dans une brochure de 24 pages des lettres adressées à des journaux, qu'ils n'avaient pas publiées et qui expriment à l'égard de Pasteur un sentiment d'une injuste sévérité. Assurément, tous ceux dont une découverte considérable a marqué les progrès de la science, sont redevables à leurs devanciers de la somme des matériaux accumulés et des recherches entreprises, quel qu'en ait été le résultat ; aucun travail n'est stérile. De même que l'histoire nous transmet seulement le nom des généraux qui gagnent les batailles et n'enregistre pas le nom des héros dont un obscur dévoûment a souvent décidé de la victoire, de même beaucoup de savants ne laissent que l'effort d'un labeur anonyme. M. Béchamp ne voudrait point être de ceux-là et, si légitime que paraisse sa revendication, si grand que soit son désir de voir la théorie microzymienne remplacer la théorie microbienne, il ne nous semble pas qu'on puisse ainsi faire table rase de toute la doctrine pastorienne.

Pasteur, qui était un combatif, n'a jamais cherché à réfuter les théories de Béchamp ; il a cependant imposé ses découvertes à l'unanimité du monde savant et du grand public et à la suite de ses premières expériences faisant suite à celles de Davaine, des voies ont été ouvertes aux chercheurs dans un champ très vaste que la théorie des microzymes ne pouvait ni féconder, ni même faire entrevoir. Pasteur a été un savant désintéressé ; M. Béchamp nous dit qu'il n'écrit « point pour de vaines réclamations de priorité, ni dans un but intéressé » ; il proteste contre un système scientifique qu'il estime faux et contre des plagiats.

Nous répétons que Pasteur a profité de l'expérience de ses devanciers, mais on ne peut nier l'intérêt et le résultat de ses recherches ; tout au plus pourrait-on dire que, après la mort de Cl. Bernard, tout en partant d'expériences faites sur un déterminisme aussi rigoureux et d'observations aussi scrupuleusement exactes que par le passé, il échafauda des théories ressortissant peut-être davantage de l'empirisme que d'un esprit scientifique rigoureux, que les travaux de ses élèves et successeurs, en particulier de M. Metchnikoff, ont du reste rapidement retrouvé. Mais, au reste, M. Béchamp n'y trouverait point encore son compte.

A. Lombard.

Les accidentes del trabajo (Les accidents du travail) ; par Francisco Aumatell Tusquets. (Penellay Bosch, 3, Ronda de la Universidad-Barcelona, 1903.)

Les récentes discussions du Sénat et l'ouverture prochaine des Chambres donne aux lois élaborées sur les accidents du travail un regain d'actualité à cette question si ardue et si complète, qui est encore loin d'être résolue à la satisfaction de tous ; aussi croyons-nous le moment venu de signaler à tous ceux qui s'intéressent par goût et par profession aux accidents du travail le volume publié en 1903, à Barcelone, par Tusquets.

Dans cet ouvrage, écrit avec un style et une précision remarquables, dont l'élégance n'est d'ailleurs pas exclue par l'aridité du sujet, l'auteur commente la loi espagnole — naturellement — du 30 janvier 1900. Il en expose les origines, puis après avoir relaté les divers projets et les discussions qui précédèrent le vote définitif de la loi : il en arrive à l'examen et à la critique de la loi elle-même ainsi qu'à ses rapports avec les lois similaires de l'étranger.

Bien que différant peu de la loi française du 9 avril 1898, dont les législateurs espagnols se sont manifestement inspirés (ainsi du reste que des lois belge et allemande), la loi espagnole présente avec la nôtre quelques différences qui ressortent très nettement de la lecture du livre de M. Tusquets.

La loi espagnole donne tout d'abord une définition de l'accident (art. 1), ce que n'a jamais fait la nôtre. Si défectueuse qu'elle paraisse à l'auteur — et en cela nous différons d'avis — elle a au moins le mérite de fixer le juriste et les intéressés et de leur permettre de donner à leurs opinions une base solide et certaine.

Personne n'ignore, en effet, combien le manque de définition de l'accident a entraîné d'erreurs d'interprétations et fait naître de procès.

Nous constatons aussi que la loi espagnole est plus large et s'applique à un plus grand nombre d'industries que la loi française, qui n'a en vue que les accidents survenant dans les usines où il est fait usage de machines mues par une force inanimée (!!) (vapeur, électricité). Pour ne citer qu'un exemple, le personnel des théâtres, ainsi que les salariés employés au curage et au nettoyage des puits, fosses d'aisance, égoûts, etc., ont droit aux bénéfices de la loi du 30 janvier 1900.

En outre, d'après l'art. 4 de la loi espagnole, comme d'après le même article de la nôtre, le patron a le devoir d'assurer à l'ouvrier blessé les soins médicaux et pharmaceutiques, mais il a *le droit* de désigner le médecin, ce qui n'entraîne pas aussi souvent que chez nous des discussions et parfois même des litiges, toujours fâcheux (1).

Après cette étude très consciencieuse de la loi du 30 janvier 1900, et de ses rapports avec les législations étrangères, Tusquets termine en donnant le texte *in extenso* tant des lois et decrets qui sont appliqués en Espagne que des lois sur la matière en vigueur à l'Etranger.

Ce livre, pensons-nous, a sa place marquée dans la bibliothèque de ceux qui ont intérêt à connaître la législation concernant les accidents du travail et nous croyons faire œuvre utile en le signalant et en souhaitant qu'il en soit fait une traduction qui le rendra plus accessible à tous en France.

V. Thébault.

(1) Il est possible que le choix du médecin par le patron *qui paie* évite procès et litiges fâcheux, mais il est *humain* de laisser au blessé qui souffre et dont la vie et la santé sont compromises, le *libre choix* de son médecin. Nous avons défendu et défendrons toujours ce libre choix que nous avons appelé *liberté de confiance*, qui est plus conforme à l'esprit humanitaire de la législation et s'accorde mieux avec la dignité et l'intérêt de la généralité du corps médical. Il est possible qu'on puisse encore imposer un médecin à un malade en Espagne à l'heure actuelle, mais on ne saurait plus le faire en France. Julien Noir.

VARIA

Le martyrologe des asiles. — L'attentat de l'Asile clinique.

La série rouge dont nos asiles s'ensanglantent se poursuit avec une désolante persistance, depuis quelques mois ; avec les morts tragiques des infirmiers victimes des malheureux insensés qu'ils soignaient à Paris, puis à Villejuif, nous avons eu à déplorer les attentats contre les médecins aliénistes :

Celui de M. le Dr Devay, à Lyon, tout d'abord, pour ne pas remonter plus loin ; ici, l'intervention du savant chirurgien Poncet, plus heureux que lors de l'attentat du Président Carnot, parvint à sauver notre collègue, frappé dans des conditions analogues.

Le Dr Vorster, frappé de même d'un poignard au ventre, périt, il y a quelques mois, dans son asile, en Allemagne, de la main d'un de ses malades ; et voici qu'à Sainte-Anne, le Dr Vallon tombe frappé d'une lame à la nuque, le mardi 4 octobre, à 10 heures du matin, au cours de sa visite médicale.

Hâtons-nous d'exprimer l'espoir, en dépit des affirmations de la presse, que les conséquences de l'attentat ne soient qu'une simple impotence des membres du côté droit, les origines du plexus brachial pouvant être seules atteintes et partiellement ; on peut encore espérer que des compressions hémorrhagiques susceptibles de résolution puissent provoquer l'hémiparésie avec anesthésie croisée, sans hémisection spinale, (le cas s'est, paraît-il, présenté pour un infirmier de l'asile des convalescents de Vincennes, frappé de la même façon, il y a plusieurs mois, et rétabli en partie depuis).

A l'heure actuelle, nos collègues de l'asile clinique sont partagés entre ces hypothèses, et les chirurgiens Berger et Picqué n'ont pas encore dit leur dernier mot.

Cependant, il semble peu probable qu'une intervention chirurgicale soit pratiquée, et chaque heure qui s'écoule depuis l'accident écarte les craintes de complications septiques possibles.

L'instrument de l'attentat est une lame effilée, longue de 8 centimètres, solidement emmanchée, dont l'origine n'est pas encore établie ; vient-elle du dehors ? fut-elle dérobée à l'éplucherie ? l'enquête l'établira ; toujours est-il que le malade la tint cachée dans son béret tous ces jours derniers, préméditant son acte.

Il avait été, par M. Vallon même, soustrait aux poursuites judiciaires comme irresponsable. C'est un aliéné dangereux, de ceux que le récent Congrès de Pau (1) décidait d'isoler il y a peu de jours dans une séance où le vœu fut voté sur la proposition de M. le Dr Vallon lui-même, qui présidait. Tous ceux qui ont connu ce maître apprécient la clarté de son esprit hautement scientifique et sa rude franchise jointe à une foncière bonté. Aussi ont-ils tressailli douloureusement à la nouvelle de l'affreux malheur qui le frappe.

M. Vallon, depuis 20 ans, s'est spécialement consacré à l'étude des délicats problèmes de la médecine légale ; il tombe victime, à la fois de son dévouement professionnel de médecin d'asile et de son apostolat médico-légal. Le malade qui l'a frappé avait été deux fois sauvé par lui des condamnations que ses actes dangereux entraînaient, mais dont son état psychique morbide le fit déclarer indemne.

C'est à coup sûr un malade, mais un aliéné dangereux et criminel au sens complet du mot, tel que ceux dont nous réclamons depuis longtemps la mise à part, dans des conditions particulières et dans un établissement distinct de ceux où sont soignés les malades autres, actuellement mélangés avec eux.

Puisse cette douloureuse épreuve hâter la solution du problème et eviter la possibilité fréquente de semblables malheurs. Que notre confrère et les siens reçoivent l'expression de nos respectueuses condoléances et de nos plus vives sympathies.

Dr Marie,
Médecin en chef de l'asile de Villejuif.

(1) Voir les comptes rendus du Congrès de Pau, 1er-8 août.

Boîtes de journaux pour les malades des hôpitaux.

Sous ce titre, dans le n° 35 (p. 133) nous avons rappelé l'origine des *Boîtes de journaux* pour les malades des hôpitaux et fait appel à nos lecteurs pour que, à l'occasion, ils n'oublient pas d'y déposer les journaux qu'ils viennent de lire. M. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, a bien voulu nous donner des renseignements sur la levée de ces boîtes.

« Neuf hôpitaux font prendre régulièrement les journaux déposés pour les malades dans les boîtes à ce destinées installées dans les gares de chemin de chemin de fer ou autres lieux publics. Ce sont : Hôtel-Dieu. Saint-Antoine, Necker, Cochin, Beaujon, Lariboisière, Andral, Saint-Louis, La Pitié par la Salpêtrière.

Les journaux sont pris dans les lieux suivants: Mairie du VIe boîte relevée tous les jours par l'Hôtel-Dieu.— Gare de Lyon, boîte relevée deux fois par semaine par l'Hôpital Saint-Antoine ; — Gare Montparnasse, boîte relevée tous les deux jours par l'Hôpital Necker ; — Gare du Luxembourg, boîte relevée tous les deux jours par l'Hôpital Cochin ; — Gare Saint-Lazare, boîte relevée tous les jours par l'Hôpital Beaujon ; — Gare du Nord et Bureau d'omnibus rue Lafayette (square Montholon), boîtes relevées tous les jours par l'Hôpital Lariboisière ; — Gare de la Bastille, boîte relevée trois fois par semaine par l'Hôpital Andral ; — Gare d'Orléans-Austerlitz, 2 boîtes relevées tous les jours par la Salpêtrière et leur contenu porté à l'Hôpital de la Pitié.

D'une façon générale, ces boîtes ne contiennent que des quotidiens du jour et souvent de la veille, il est très rare d'y trouver des revues, livres, brochures ; parfois des illustrés, dont certains doivent être retenus par la Direction de l'Hôpital en raison de leur caractère trop délibérément grivois. »

Comme on le voit, les boîtes de journaux sont utilisées pour la distraction des malades et on ne peut que souhaiter que les voyageurs ajoutent aux journaux les brochures et même les livres, qui pourraient enrichir les Bibliothèques des malades qui existent dans tous les Hôpitaux.

L'œuvre du traitement gratuit des tuberculeux pauvres.

(Dispensaire, 61, boulevard Garibaldi. Paris.)

L'œuvre possède pour le moment un dispensaire ouvert en 1902, 61, boulevard Garibaldi. Ce dispensaire a reçu, en 1903, une subvention de la Ville de Paris.

Le personnel du dispensaire est composé : d'un médecin-chef, d'un chirurgien, d'un chef de clinique, d'une surveillante, d'un chef de Laboratoire, d'un enquêteur à domicile et d'une visiteuse des malades alités et enquêteuse pour les dames.

Le dispensaire recherche les tuberculeux indigents par tous les moyens de publicité convenables. Arrivé au dispensaire, le malade est examiné par l'enquêteur médical (le médecin) et reconnu ou non, selon qu'il est ou n'est pas tuberculeux. Il est ensuite l'objet d'une enquête bactériologique faite par le chef du laboratoire, qui examine le sang, les crachats et les urines. Ceci fait, le malade est examiné socialement à domicile, par l'enquêteur ou l'enquêteuse au point de vue de l'habitation, du travail, du plaisir, de l'alimentation. On insiste surtout sur la salubrité et le surpeuplement du logement et de la maison, et sur les conditions du travail (salaire et durée du travail et sa salubrité).

Quand le malade a été examiné à ce triple point de vue par trois personnes différentes et spécialisées chacune dans leur fonction, le malade est renvoyé avec son dossier au médecin chef, qui extrait de chaque enquête les données sociales, médicales, bactériologiques qui demandent un remède immédiat. Cette organisation demande un personnel nombreux (7 personnes), mais donne des résultats très appréciables.

Le traitement médical tiré de l'enquête est composé de tous les moyens thérapeutiques connus et éprouvés. La prophylaxie consiste en désinfections mensuelles, en crachoirs, antiseptiques remis à chaque malade, en déclaration de chaque malade à la Préfecture, et au besoin du logement à la Commission des logements insalubres. Le traitement social est des plus intéressants. L'enquêteur cherche le parent, l'ami, le personnage riche connu du malade, qui pourra lui venir en aide. Il demande le secours de telle ou telle assistance privée ou publique selon le cas. Il va trouver le propriétaire, le patron, et demande à l'un, de faire les travaux indispensables au logement ou de réduire le loyer, et à l'autre de réduire les heures de travail, étant entendu que le dispensaire paiera la différence. L'enquêteur, le médecin au besoin, font les démarches nécessaires pour obtenir congés payés et gratifications, etc...

Sur les 200 tuberculeux qui ont suivi les conseils du dispensaire, 14 % des malades ne possédaient ni sou ni maille depuis plusieurs mois et ne pouvaient compter sur aucune assistance familiale, privée ou publique. On peut voir, par cet exemple, si l'aide du dispensaire a été utile à ces malheureux et à la société qu'ils habitent. Le détail du compte rendu montre que les résultats ont dépassé toutes les espérances permises, surtout dans le milieu misérable ou nous avons évolué.

La toux, l'essoufflement, ont disparu chez tous les malades du 1er degré, chez beaucoup du 2e et chez quelques-uns du 3e. L'appétit est devenu superbe chez tous les 1ers degrés, meilleur au 2e et quelquefois au 3e. Il en a été de même pour la fièvre et les forces. Les signes d'auscultation du poumon ont donné 73 % d'amélioration. 136 malades sur 200 ont augmenté (de plusieurs kilogs parfois) d'une façon persistante.

La poitrine a été augmentée dans 78 % des cas.

Les résultats sociaux sont des plus intéressants. 26 familles, représentant près de 80 personnes, ont déménagé grâce au dispensaire et habitent maintenant des logements plus sains à loyer égal. Le logement abandonné et le logement nouveau sont toujours désinfectés. 14 malades ont obtenu des congés payés auprès de leurs patrons, variant de 1 à plusieurs mois. 31 malades ont passé, avec l'intervention du dispensaire, de 1 à 5 mois *gratuitement* à la campagne. On a pu trouver à 10 malades (accompagnés de leur famille) un métier à la campagne qu'ils habitent définitivement. Les malades envoyés hors Paris sont autant que possible pris parmi les non-contagieux.

On a pu envoyer quelques malades dans des sanatoria gratuits et à la Côte d'Azur.

Enfin à noter les visites faites chaque dimanche par la visiteuse aux malades envoyés aux hôpitaux. Chaque semaine, le dispensaire leur faisait un petit envoi de fleurs et de fruits.

Les résultats bactériologiques sont appréciables puisque dans beaucoup de familles où existaient des malades dangereux, on n'a pas eu dans l'année à enregistrer de nouveaux cas.

10 conférences dans Paris ou la banlieue et de nombreuses causeries aux malades du dispensaire, ont été faites.

Le dispensaire a coûté en 1902-1903 (31 août au 31 août), 4.992 fr. 45. Les recettes se sont élevées à 3.872 fr. 20, composées par un concert, la subvention de la Ville, 500 fr., et des quêtes à domicile. Il restait en caisse fin août 1903, 879 fr. 75.

Une somme de 10.000 fr. par an est nécessaire pour mettre absolument au point les services d'assistance médicale et surtout sociale qui doivent ressortir au dispensaire.

L'œuvre et son dispensaire présentent leurs moyens d'action et leurs résultats à l'exposition internationale d'hygiène, qui se tient au Grand Palais, d'août à novembre 1904.

Telles sont les communications résumées, transmises à la presse médicale par le médecin en chef du dispensaire antituberculeux, président de l'œuvre, M. le Dr Boureille.

Avortement.

Nous extrayons d'une leçon de notre ami, le prof. P. Budin, les passages suivants d'une leçon publiée dans le numéro 17 du *Journal des Sages-femmes*.

« Nous avons eu, depuis quelques jours, divers cas d'avortements parmi lesquels quelques-uns sont peut-être dus à des tentatives criminelles. Les cas *d'avortements* ou de *tentatives d'avortement* sont encore assez nombreux. Ils sont pratiqués non seulement par des personnes tenant à la médecine, mais aussi par la femme elle-même. L'une d'elles — celle qui nous occupe plus spécialement aujourd'hui — avait été prise le 15 mai, de douleurs à la suite d'injections qu'elle s'était données, probablement dans le but de se faire avorter. Avec un doigt introduit dans le vagin elle a cherché l'orifice du col et, au moyen d'une canule ordinaire, introduite dans cet orifice, elle s'est donné une injection d'eau très chaude.

Déjà deux fois avant cette dernière tentative, elle avait fait la même opération sans résultat.

Ce même jour 15 mai, à 7 heures du soir, cette femme a fait une fausse couche de trois mois et demi. Elle a été soignée dans le service et est sortie en bon état dix jours après.

« Ce procédé d'injections intra-utérines commence à être assez connu, assez répandu, et dans le monde on appelle cela faire un lavage de la cavité utérine. Et l'on fait le plus souvent ces « lavages » sans avoir conscience de la gravité, de l'importance qu'ils peuvent avoir.

« Quand la femme a un retard dans la date de l'apparition de ses règles, elle fait un « lavage ». La chose est si bien passée dans les habitudes courantes, chez certaines personnes, qu'une de mes clientes m'a dit avoir été lavée ainsi par une des femmes de service de la maison Dubois.

« Lorsque vous vous apercevez ou vous vous doutez qu'il peut y avoir eu tentative d'avortement, il faut s'empresser de faire appeler un confrère et, mieux encore, de faire transporter la femme dans un hôpital. De cette façon, on met sa responsabilité complètement à couvert. »

Les sophistications du lait.

M. le Dr G. Quesneville, agrégé à l'école de pharmacie, et pharmacien des Asiles de la Seine, a fait faire un important progrès à l'étude des sophistications du lait dont le *Gaulois*, a rendu compte en ces termes :

M. Quesneville avait débarrassé de la presque totalité de sa crème un litre de lait, il y avait remplacé le beurre absent par une quantité équivalente de graisse de porc convenablement émulsionnée. Puis il avait envoyé cette mixture au Laboratoire municipal, aux fins d'analyse. « Excellent votre lait », telle fut la réponse de M. Girard, qui avait évalué en beurre la quantité réglementaire trouvée des éléments gras — faute d'un procédé de différenciation.

L'avisé pharmacien en chef des asiles de la Seine a trouvé alors ceci : le beurre est, dans le lait, en suspension à l'état de cellules indépendantes revêtues d'une mince enveloppe ; si donc on peut composer un solvant des corps gras qui respecte les cellules butyreuses, le problème est résolu. Et c'est ce qu'il a réussi à faire. Il a pu ainsi déceler dans certains laits du commerce la présence de notables quantités de beurre de coco.

Il a, de plus, mis en relief une erreur capitale du Laboratoire qui a fixé à quarante grammes la teneur obligatoire des laits en beurre. Or, cette estimation a été faite d'après les moyennes fournies par le barattage des laits les plus riches, sans réfléchir que le beurre le mieux essoré contient quatorze pour cent d'eau qui, ne se retrouvant plus à l'analyse du lait, en vicie les résultats. D'où, parfois, des poursuites exercées à l'encontre d'un lait naturel, mais provenant de vaches flamandes ou hollandaises, dont le lait, excellent, est peu riche en beurre.

LES CONGRÈS

1er Congrès international d'éducation et de protection de l'enfance. — Ce Congrès aura lieu à l'Exposition de Liège en septembre 1905. Pour renseignements, s'adresser rue Rubens, 14, à Bruxelles.

Congrès international de la tuberculose

(Paris, 2-7 octobre 1905.)

Le Congrès international de la tuberculose, qui se réunira à Paris du 2 au 7 octobre 1905, a fixé dès à présent les ques-

tions qui seront soumises sous forme de rapports à l'étude des membres du Congrès. Trois questions dans chacune des deux sections du Congrès seront étudiées par des rapporteurs. Trois rapporteurs seront désignés pour chaque question, l'un des rapporteurs devant être français. Les comités nationaux étrangers sont en train de désigner leurs rapporteurs. Pour la France, les rapporteurs sont nommés.

La section de pathologie, dont le président est le professeur Lannelongue, a choisi les trois questions suivantes : 1° Traitement du lupus par les nouvelles méthodes. Rapporteurs français : Dr Jeanselme et Dr Chatin. — 2° Diagnostic précoce de la tuberculose par les nouvelles méthodes. Rapporteur français : Dr Achard. — 3° Étude comparative des diverses tuberculoses. Rapporteur français : Prof. Arloïng (de Lyon).

La section sociale, qui a pour président le professeur Landouzy, a pris les trois questions suivantes : 1° Facteurs étiologiques de la tuberculose. Rapporteur français : Dr Romme. — 2° Rôle des dispensaires et des sanatoriums dans la lutte antituberculeuse. Rapporteur français : Dr Courtois-Suffit.— 3° Assurances et mutualités dans la lutte contre la tuberculose. Rapporteur français : M. Edouard Fuster. — Secrétariat général, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

XVe Congrès International de Médecine.

Lisbonne (Portugal), 19-26 avril 1906.

Nous venons de recevoir le 1er numéro du *Bulletin du XVe Congrès International de Médecine* qui se tiendra à Lisbonne les 19-26 avril 1906. Ce numéro contient le réglement du Congrès, l'organisation des sections et celles des Comités nationaux des différents pays. A remarquer dans le réglement l'article 2 qui permet l'admission au Congrès aux seuls médecins et aux savants présentés par les Comités nationaux ou portugais. La cotisation est de 25 francs ou 20 marks, ou 1 livre sterling. Les travaux du Congrès sont distribués en 17 sections :

1° Anatomie (anatomie descriptive et comparée, anthropologie, embryologie, histologie) : — 2° Physiologie ; — 3° Pathologie générale, bactériologie et anatomie pathologique ; 4° Thérapeutique et pharmacologie ; — 5° Médecine ; — 6° Pédiatrie ; — 7° Neurologie, psychiatrie et anthropologie criminelle ; — 8° Dermatologie et syphiligraphie ; — 9° Chirurgie.

10° Médecine et chirurgie des voies urinaires ; — 11° Ophtalmologie ; — 12° Laryngologie, rhinologie, otologie et stomatologie — 13° Obstétrique et gynécologie ; — 14° Hygiène et épidémiologie ; 15° Médecine militaire ; — 16° Médecine légale ; — 17° Médecine coloniale et navale.

Le Comité exécutif du Congrès a l'intention de faire imprimer avant la réunion tous les rapports officiels ; pour cela, il faut qu'ils soient remis au Secrétaire général avant le 30 septembre 1905. Pour les communications libres, il faut qu'elles soient remises avant le 31 décembre 1905, si les auteurs veulent que les conclusions soient imprimées avant l'ouverture du Congrès. La langue officielle est le *français*. Dans les assemblées générales ainsi que dans les sections, les langues allemande, française et anglaise pourront être employées.

On voit que le Comité du Congrès a exclu le portugais des langues permises ; cela a été fait à seule fin de restreindre le plus possible le nombre des idiomes parlés ; il ne pourra y avoir de jalousies du moment que l'on se sacrifie soi-même.

Le président du Comité d'organisation du Congrès est le Dr M. Da Costo Alémao ; le Secrétaire général le Dr Miguel Bombarda ; toutes les adhésions doivent être adressées à celui-ci (Hôpital des Rilhafolles, Lisbonne.)

FORMULES

XIII. — Contre l'hyposystolie.

Convallamarine....................	0 gramme 50
Sirop d'écorces d'oranges amères....	500 grammes.

2 à 3 c. à soupe par jour.
2 à 3 c. à café pour les enfants.

Corps de santé militaire. — Le médecin-major de 2e classe Spillman, aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie, est désigné pour l'Ecole militaire préparatoire d'infanterie de Rambouillet.

NUMÉRO DES ÉTUDIANTS

Nous prions instamment toutes les personnes auxquelles nous avons demandé des renseignements destinés au Numéro des Etudiants, *de nous les adresser* **avant le 25 octobre**, *ce numéro devant paraître le 5 novembre.*

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 18 septembre au samedi 24 septembre 1904, les naissances ont été au nombre de 1059, se décomposant ainsi : légitimes 779, illégitimes 280.

Mortalite a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 770, savoir : 398 hommes et 372 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 6. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 2. — Rougeole : 4. — Scarlatine : 3. — Coqueluche : 6. — Diphtérie et Croup : 2. — Grippe : 0. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 2. — Tuberculose des poumons : 186. — Tuberculose des méninges : 14. — Autres tuberculoses : 13. — Cancer et autres tumeurs malignes : 57. — Méningite simple : 15. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 36. — Maladies organiques du cœur : 45. — Bronchite aiguë : 7. — Bronchite chronique : 23. — Pneumonie : 16. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 48. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 3. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 10 ; autre alimentation : 35. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 4. — Hernies, obstruction intestinale : 7. — Cirrhose du foie : 8. — Néphrite et mal de Bright : 19. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes genitaux (femmes) : 8. — Septicémie puerpérale (fièvre, peritonite, phlébite puerperale) : 4. — Autres accidents puerperaux de la grossesse et de l'accouchement : 1. — Débilité congenitale et vices de conformation : 25. — Débilité sénile : 34. — Morts violentes : 27. — Suicides : 15. — Autres maladies : 95. — Maladies inconnues ou mal définies : 5.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 61, qui se décomposent ainsi : légitimes 43, illégitimes 18.

Ecole de médecine de Reims.— Un concours s'ouvrira le 5 avril 1905, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Nancy, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

Accident opératoire. — Une plainte en homicide par imprudence a été déposée contre un de nos confrères par la famille d'un malade mort à la suite d'une opération pratiquée sur lui par ce chirurgien. L'autopsie du cadavre pratiquée démontra que le praticien avait laissé, dans l'estomac du patient, un fragment de sonde en gutta-percha, servant à recouvrir l'extrémité de l'instrument à l'aide duquel il avait pratiqué l'électrolyse linéaire d'un rétrécissement de l'œsophage. La famille du défunt prétend qu'il y a faute lourde du chirurgien. Telle n'est pas l'opinion qu'expriment dans leur rapport les trois experts chargés d'éclairer le tribunal et tout porte à croire que cette affaire se terminera en faveur du chirurgien.

Académie des Beaux-Arts. Legs Talrich. — L'Académie accepte provisoirement le legs que lui a fait M. Jules-Victor-Jacques Talrich, d'une somme de dix mille francs, dont les arrérages seront consacrés à la création d'un prix annuel de trois cents francs à décerner à l'élève du cours d'anatomie de l'Ecole des Beaux-Arts qui aura fait le plus de progrès dans cette science pendant l'année scolaire.

La fièvre typhoïde au 2e cuirassiers. — D'après le *Petit Journal*, une épidémie de fièvre typhoïde sévit en ce moment au 2e cuirassiers, caserné à l'Ecole militaire. Il y a actuellement une douzaine de cas. Seuls les 3e et 4e escadrons sont atteints. Après avoir passé le mois d'août au camp de Cercotte, le 2e cuirassiers avait pris part, du 1er au 19 septembre, aux grandes manœuvres du nord-ouest. C'est au retour de ces manœuvres que s'est déclarée cette épidémie, imputable, dit-on, à la qualité de l'eau absorbée dans les cantonnements. L'autorité militaire se préoccupe dès à présent, croyons-nous, de l'opportunité d'envoyer les deux escadrons en question camper hors de Paris si leur état sanitaire ne s'améliore pas promptement.

Le Pr Koch a Paris. — Le Pr Robert Koch se rendant en Afrique occidentale, où il désire faire des recherches bactériolo-

giques a séjourné récemment à Paris. Sous la conduite de M. Metchnikoff, il a visité en détail l'Institut Pasteur et a, assisté à la dernière séance de l'Académie de médecine dont il est membre correspondant.

Médecins et millionnaires. — A propos d'un conflit au sujet d'honoraires entre M. le Dr Doyen et un riche américain, le *Temps* publie sous le titre ci-dessus quelques réflexions fort justes auxquelles nous emprunterons cette simple citation :

« On ne sait pas d'où vient ce préjugé; mais il est certain que les médecins, les avocats, les chapeliers et les bottiers sont les gens envers qui l'on s'acquite en maugréant. Tel qui ne recule point devant des dépenses somptuaires rechigne lorsqu'il s'agit de solder ces factures de fournisseurs essentiels. On proteste contre les 20.000 ou les 100,000 francs qu'il faudra payer au chirurgien pour des soins donnés aux parents les plus proches, mais cinq minutes après, en passant rue de la Paix, on choisit un colier de perles de 200.000 francs pour une acrobate de l'Olympia qui porte bien le maillot.

Mariage de docteur et doctoresse. — Nous apprenons le mariage du Dr G. Darcaune, ancien interne provisoire des hôpitaux, avec Mlle Anne Mouroux, interne des hôpitaux de Paris. Félicitation et souhaits de bonheur.

Hôpital civil de Reims. — *Concours.* — Le concours d'Internat et d'Externat pour les hôpitaux de Reims, que nous avions annoncé comme devant avoir lieu du 14 au 18 octobre, est remis pour l'Internat, au 17 et 18 octobre, pour l'Externat, au 19 et 20 du même mois. (*Union Médicale du Nord-Est* du 30 septembre.)

Nécrologie. — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de M. le Dr Fayel, professeur à l'Ecole de médecine de Caen.

Chronique des Hôpitaux.

Concours pour la nomination a une place d'ophtalmologiste des hopitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 14 novembre 1904, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49. Cette séance sera consacrée à la composition écrite. MM. les docteurs qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration, de midi à trois heures, du vendredi 7 octobre au samedi 22 du même mois inclusivement.

Conditions du concours. — Les candidats ayant la qualité de Français sont seuls admis à concourir. Les candidats qui désirent se présenter au concours pour les places d'ophtalmologiste des hôpitaux doivent justifier qu'ils possèdent depuis cinq ans révolus le diplôme de docteur en médecine, obtenu dans une faculté de médecine de France (diplôme d'Etat). Néanmoins, le temps de doctorat est réduit à une année pour les candidats qui justifient de quatre années entières passées dans les hôpitaux et hospices de Paris, en qualité d'élèves internes en médecine. Pour les internes qui n'auraient pas terminé les quatre années dont il s'agit à raison de leur nomination comme chef de clinique dans l'un des services de la Faculté établis dans les hôpitaux de Paris, les années de clinicat seront comptées comme années complémentaires d'internat.

Les candidats qui désirent prendre part au concours doivent se présenter au service du personnel de l'administration pour obtenir leur inscription, en déposant leurs pièces et signer au registre ouvert à cet effet. Les candidats absents de Paris ou empêchés peuvent demander leur inscription par lettre chargée. Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture du registre ne peut être accueillie. Le jury du concours est formé dès que la liste des candidats a été close. Cinq jours après la clôture du registre d'inscription, chaque candidat peut se présenter au service du personnel pour connaître la composition du jury. Si des concurrents ont à proposer des récusations, ils forment immédiatement une demande motivée, par écrit et cachetée, qu'ils remettent au directeur de l'Administration. Si, cinq jours après le délai ci-dessus fixé, aucune demande n'a pas été déposée, le jury est définitivement constitué, et il ne peut plus être reçu de réclamations. Tout degré de parenté ou d'alliance entre un concurrent et l'un des membres du jury ou entre les membres du jury donne lieu à récusation d'office de la part de l'administration.

Le jury des concours pour la nomination aux places d'ophtalmologiste des hôpitaux se composent de sept membres, savoir : Les deux chefs deux services d'ophtalmologie de l'Hôtel-Dieu et de l'hôpital Lariboisière ; trois chirurgiens et deux médecins, tirés au sort parmi les médecins et les chirurgiens chef de service des hôpitaux et hospices en exercice ou honoraires.

Les épreuves du concours sont réglées de la manière suivante : *Epreuves éliminatoires.* — 1° Une épreuve sur titres consistant en l'appréciation par le jury des titres et travaux scientifiques des candidats. A cet effet, en s'inscrivant pour le concours, les candidats déposeront, à huit exemplaires, une notice exposant leurs titres ainsi que les travaux scientifiques qu'ils ont déjà publiés et dont ils fourniront une liste imprimée permettant de s'y reporter. L'examen de ces titres et travaux sera fait par le jury dans une séance privée, à laquelle ne seront pas admis les candidats. — 2° Une composition écrite sur un sujet d'anatomie et de physiologie spéciales pour la rédaction de laquelle il sera accordé trois heures. — 3° Une épreuve orale théorique sur un sujet de pathologie ; il sera accordée au candidat vingt minutes pour réfléchir et un temps égal pour faire sa leçon.

Epreuves définitives. — 1° Une épreuve de médecine opératoire spéciale consistant en une opération spéciale sur un animal anesthésié ou sur un cadavre. — 2° Une épreuve de clinique sur deux malades. Il sera accordé au candidat vingt minutes, dont il pourra disposer à son gré, pour l'examen de ces malades, et trente minutes pour exposer oralement son opinion devant le jury, après dix minutes de réflexion. Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Epreuves éliminatoires :	
Pour l'épreuve sur titres...............	30 points
Pour la composition écrite.............	30 points
Pour l'épreuve théorique...............	30 points
Epreuves définitives :	
Pour l'épreuve de médecine opératoire...	20 points
Pour l'épreuve clinique sur deux malades	30 points

Dans tous les cas cas où un concours est prescrit par les dispositions du règlement, les épreuves auxquelles les concurrents sont soumis se divisent en deux séries toutes les fois que le nombre des candidats dépassent cinq pour une place, huit pour deux places, et dix pour trois places. Les épreuves de la première série sont communes à tous les candidats. Les épreuves de la seconde série sont subies seulement par les candidats qui ont été déclarés admissibles.

Pour déterminer les candidats admis à prendre part aux épreuves de la deuxième série, le jury, deux jours après que los concurrents ont subi les épreuves de la première série, dresse, d'après le nombre de points obtenus, une liste de candidats composée de cinq, huit ou dix noms, selon que le concours a pour objet une, deux ou trois places.

Dans le cas où des candidats seraient classés *ex æquo* après le jugement sur les épreuves de la première, série le jury se basera, pour donner la priorité, d'abord sur le plus grand nombre de concours dans lesquels le candidat aura été déclaré admissible, ensuite sur le plus grand nombre de fois où il aura été classé *ex æquo* avec les admissibles, et enfin sur l'ancienneté de doctorat.

Radiologie médicale (1904 — 7e année). — Cours de vacances, par le D A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, tous les jours, du dimanche 16 octobre au dimanche 23 octobre. — *Matin* : *10 heures.* Enseignement des notions théoriques et techniques indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie. — *Matin* : *11 heures.* Exercices pratiques de radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques. — *Soir* : *2 heures.* Exercices pratiques de radiographie simple et stéréoscopique des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine, il commencera le *dimanche 16 octobre à 10 heures du matin* dans la salle de conférences de l'hôpital Saint-Antoine.

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques de radioscopie est de radiographie est de 100 francs. Ces exercices auront lieu à partir du lundi 17 octobre dans le laboratoire du Dr Béclère (En raison du nombre forcément très restreint des personnes qui pourront y participer à la fois, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE
19, rue Hautefeuille.

Schultze et Lecène. — Atlas d'anatomie topographique. 1 vol. in-8° de 180 pages avec planches. Prix............ 24 fr.

O. Schultze, professeur d'anatomie à l'Université de Wurzbourg. — Atlas d'anatomie topographique. *Edition française*, par le Dr Paul Lecène, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, interne lauréat des hôpitaux de Paris. 1 volume grand in-8° colombier de 180 pages, accompagné de 70 planches en couleurs et de nombreuses figures intercalées dans le texte, cartonné. 24 fr.

L'*Atlas d'anatomie topographique* de Schultze dont M. Lecène donne aujourd'hui une édition française, se signale immédiatement au lecteur par le nombre et par la qualité de ses planches en couleurs hors texte et de ses figures intercalées dans le texte.

C'est qu'en effet, on ne conçoit plus aujourd'hui un livre quelconque d'anatomie, sans figures. Dans cet atlas l'étudiant ou le médecin, désireux de revoir rapidement une région, trouvera de nombreuses et bonnes figures, reproduites avec soin. Nous signalerons en particulier à l'attention du lecteur les planches en couleurs qui sont des reproductions de moulages de His, à Leipzig. Les moulages ont été faits, suivant l'auteur, sur des cadavres dont les viscères avaient été, au préalable, fixés en place dans leur forme par une injection vasculaire de formol et d'acide chromique. Aussi ces figures, reproduisant surtout des rapports de viscères thoraciques et abdominaux, sont-elles fort exactes ; au contraire, une pièce disséquée ne peut donner que des renseignements insuffisants ou erronés, pour tout ce qui concerne les rapports des organes. D'autre part, la chirurgie thoracique et surtout abdominale a fait aujourd'hui de tels progrès qu'il est indispensable au chirurgien de savoir avec une grande précision les rapports des organes contenus dans le thorax et l'abdomen. Toutes ces questions sont traitées avec un soin particulier dans l'ouvrage de Schultze. Ajoutons que l'anatomie topographique des membres et du cou n'est pas pour cela négligée, au contraire, et l'étudiant trouvera tous les renseignements nécessaires sur ces régions.

Le texte de l'allemand était court et précis ; M. Lecène y a fait les adjonctions nécessaires pour conformer le livre à l'enseignement de la Faculté de médecine de Paris, auquel il prend luimême part, et a donné les idées et les noms des anatomistes ou chirurgiens français qui ont étudié spécialement certaines questions.

Le lecteur trouvera à la suite des termes anatomiques français, leur équivalent dans la nomenclature latine, adoptée au Congrès de Bâle et usitée presque partout aujourd'hui à l'étranger.

Cet atlas est très portatif, ce qui n'est pas un mince avantage pour un livre que l'étudiant doit emporter à la salle de dissection, s'il veut que ses études sur le cadavre lui soient de quelque profit.

Très prochainement, paraitra dans la même collection un *Atlas d'anatomie descriptive* dû à M. Sobotta, professeur d'anatomie à l'Université de Wurzbourg, et adapté aux besoins des étudiants français, par M. Desjardins, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris.

Cette nouvelle collection d'atlas, par le nombre et par la perfection de ses figures et le bon marché des volumes, est appelé à à produire une véritable révolution dans la librairie médicale.

Thiellé (H). — Traitement de la tuberculose par les courants de haute fréquence et de haute tension basé sur l'étude du chimisme respiratoire. In-8° de 32 pages. (Imp. L. Megard, à Rouen.)

Dutton (Everett).— Reports of the trypanosomiasis expedition to the Congo 1903-1904. 1 vol. in-8° de 112 pages. (University press of Liverpool).

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

3e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XX. N° 42. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 15 OCTOBRE 1904

Le Progrès Médical

NUMÉRO DES ÉTUDIANTS

Nous prions instamment toutes les personnes auxquelles nous avons demandé des renseignements destinés au NUMÉRO DES ETUDIANTS, *de nous les adresser* **avant le 25 octobre**, *ce numéro devant paraître le 5 novembre.*

THÉRAPEUTIQUE

Les courants électriques dans les affections intestinales (1) ;

Par le Dr LAQUERRIÈRE,
Directeur de la clinique Apostoli.

Déjà, à l'avant-dernier siècle, on avait constaté que l'électricité pouvait modifier le fonctionnement intestinal, et, au début du siècle dernier, le citoyen Sigaud Lafon, en son « Traité d'électricité médicale » — on ne connaissait guère à ce moment que l'électricité statique — paru en l'an IX, qui résume, ou à peu près les travaux si intéressants de ses prédécesseurs, dit, en se basant sur l'opinion de ses devanciers et sur une pratique personnelle de plus de vingt années : « A ne parler que de la plus grossière des évacuations, j'ai vu cette fonction devenir journalière chez des personnes..... »

Mais lorsque, dans ces trente dernières années, les connaissances physiques plus précises, un outillage plus perfectionné, ainsi que les progrès de la physiologie, permirent aux électrothérapeutes de quitter vraiment le terrain de l'empirisme, il ne semble pas qu'on ait sensiblement progressé en ce qui concerne les maladies de l'intestin. Chaque auteur préconise sa méthode, en obtient des résultats brillants mais plus ou moins fréquents et compte des insuccès encore plus nombreux. Aussi tandis que l'on prend peu à peu l'habitude dans le public médical de conseiller l'électricité dans des cas rebelles à certains malades, les constipés opiniâtres par exemple, les spécialistes se montrent de plus en plus défiants et Larat résume en 1900 leur opinion dans son traité. quand il déclare que, contrairement à l'opinion des livres classiques d'électricité médicale, la constipation est extrêmement rebelle aux divers procédés électriques. Pour ma part, j'avais à ce moment essayé avec mon Maître Apostoli différents procédés que nous considérions comme nouveaux, et qui, comme leurs devanciers, nous avaient fourni à côté de quelques triomphes, d'interminables listes de résultats insignifiants et d'insuccès. Aussi nous étions arrivés à ne plus traiter directement l'intestin et à ne soigner que les malades qui présentaient en même temps qu'un trouble intestinal un état diathésique (arthritisme, anémie, nervosisme, etc.) parce que souvent nous avions constaté que le traitement général amenait dans ces cas la disparition de la constipation, des douleurs et parfois celle de la diarrhée.

(1) Communication à la *Société de Médecine de Paris.*

Tel était l'état de la question quand nous entreprîmes, mon ami Delherm, alors interne du docteur Mathieu et moi, de rechercher la cause des succès brillants, suffisamment fréquents pour empêcher de rejeter systématiquement l'électricité, mais suffisamment rares pour qu'on puisse cependant la préconiser. Nous commençâmes par une série d'expériences sur les animaux qui nous permirent de préciser l'action des divers courants sur la fibre intestinale, action peu étudiée jusque là et ayant fourni parfois aux expérimentateurs des réponses contradictoires. Nous avons étudié successivement les réactions produites par des applications sur l'intestin mis à nu, à l'intérieur de l'intestin. enfin sur les téguments abdominaux, nous servant tantôt de la constatation visuelle des résultats, tantôt de l'examen radioscopique en utilisant dans ce dernier cas l'opacité produite par la poudre de bismuth introduite dans le viscère.

Je passe sur la plupart des constatations que nous avons faites, pour ne signaler que celles qui ont vraiment un intérêt thérapeutique ; d'abord nous constations que les procédés consistant en excitations violentes, en chocs, en renversements brusques, ne réveillaient pas le péristaltisme de l'organe, mais provoquaient facilement de la contracture ; ensuite que toutes sortes d'actions constatées en clinique étaient inexplicables par l'excitation motrice de la fibre intestinale et qu'il y avait lieu de tenir compte d'une série d'actions sur la sécrétion, sur les plexus abdominaux, probablement aussi de réflexes partant des téguments externes que nos expériences portant sur la motricité du muscle lisse, étaient incapables d'expliquer.

Lorsque de là nous passions au côté thérapeutique, nous constations que les procédés préconisés par les divers auteurs se proposaient presque toujours comme but unique d'agir sur la motricité et pour cela consis-

taient en chocs, en renversements, etc. D'autre part, nous reconnaissions qu'il y avait toutes sortes de distinctions à établir suivant l'étiologie, l'état général du sujet et que de plus, en ce qui concerne les constipations, il fallait absolument établir la distinction de Fleiner en constipation atonique et constipation spasmodique, qui ne semblait jamais avoir préoccupé les électrothérapeutes. De nos expériences de physiologie, de nos constatations cliniques, nous aboutissions à cette conclusion : c'est que, loin de considérer tel ou tel procédé électrique, comme capable de guérir tous les troubles intestinaux, il fallait appliquer à chaque affection une modalité particulière. C'est le résumé de notre pratique actuelle que je désire vous exposer.

I. Diarrhée. —Déjà Tripier, il y a des années, puis des auteurs étrangers avaient proposé de traiter le choléra par l'électrisation ; plus récemment le professeur Doumer montrait que la diarrhée et même la diarrhée des tuberculeux cédait à l'emploi de la faradisation. Il est évidemment des diarrhées qui doivent être traitées par le nettoyage de l'intestin au moyen d'un purgatif et nous ne disons pas qu'il faille traiter toutes les diarrhées par l'électricité; mais, quand on croit devoir arrêter les selles chez un diarrhéique, un des procédés les plus efficaces, peut-être le plus efficace, est la faradisation pratiquée de la façon suivante : deux larges électrodes recouvrent l'une l'abdomen, l'autre les lombes, on les relie à la bobine à gros fil d'un appareil faradique dont on règle l'interrupteur de façon à avoir non pas une tétanisation complète des muscles de la paroi, mais une trémulation extrêmement rapide et on fait une séance de 15 à 30 minutes. A peu près à coup sûr le patient n'a plus de selle durant 12, 18 ou 24 heures selon les cas ; après quoi, naturellement si le cas est grave, la diarrhée reprend ; dans les diarrhées simples, une séance tous les jours (parfois 2 séances par jour le premier ou les 2 à 3 premiers jours) suffisent pour arrêter en quelques jours une affection rebelle. En ce qui concerne la diarrhée des tuberculeux, Delherm a pu pleinement confirmer les conclusions du professeur Doumer et il a pu constater de plus que les malades, guéris ou considérablement améliorés au point de vue du fonctionnement intestinal, gardaient, lorsqu'ils succombaient aux progrès de l'infection générale ou des lésions pulmonaires, des lésions abdominales en pleine activité. Le traitement par la faradisation s'adresse donc uniquement au symptôme.

Nous ne pouvons préciser le mode d'action de ce procédé, car il y a vraisemblablement des phénomènes circulatoires et sécrétoires qui entrent en jeu ; mais il y a certainement à faire intervenir la contracture de l'organe qui empêche la progression des matières — contracture que le courant faradique, en particulier avec la technique que nous avons indiquée, est très capable de provoquer, mais que produisent d'ailleurs également la vibration intense et la trépidation, comme l'avait remarqué Trousseau, qui conseillait un voyage en chemin de fer pour arrêter les crises de diarrhée.

II. Affections où le lavement électrique est indiqué. — *Obstruction et occlusion intestinales.* — Qu'il s'agisse de spasme du côlon comme dans un cas de Mathieu, et un de Leube, ou d'atonie, le lavement électrique de Boudet, de Paris, est un traitement héroïque dont on ne conteste pas les effets et qui réussit même quand il y a des obstacles mécaniques considérables comme des fibromes utérins énormes, mais qui naturellement perd son efficacité en face de certaines modifications anatomiques comme des cancers intestinaux ou péritonéaux.

Plusieurs réserves sont à faire au sujet de l'emploi de ce procédé : d'abord c'est une médication d'urgence destinée à faire aller un malade à la selle à tous prix ; mais ce n'est pas un traitement, car nous l'avons vu à plusieurs reprises exagérer le spasme, sinon même créer de toute pièce une contracture intestinale et si les premières séances donnent presque toujours un résultat extrêmement satisfaisant, la répétition de ces mêmes séances est tout à fait inutile et peut être dangereuse.

Ensuite, c'est un procédé qui, pour être efficace, demande à être appliqué suffisamment tôt. Il arrive malheureusement à tous les électro-thérapeutes d'être appelés auprès de moribonds pour lesquels il n'y a plus rien à espérer; le système nerveux profondément intoxiqué est incapable de déterminer la série de réflexes qui produit le cheminement et l'expulsion du contenu intestinal, et la fibre intestinale, fatiguée de se stricturer sur son contenu sans résultat, souvent surmenée par toutes sortes de purgatifs, est hors d'état de réagir à une excitation quelle qu'elle soit.

En dernier lieu, le lavement électrique doit ne pas être cause qu'une opération chirurgicale, au cas où il échouerait, se ferait dans des conditions défavorables, parce qu'on aurait perdu du temps et laissé le malade se cachexier. En envoyant chercher un électrothérapeute, la règle absolue doit être de prévenir un chirurgien, un lavement électrique est donné immédiatement, un 2e au bout de 6 heures, un 3e 6 heures encore plus tard et s'il n'y a pas de résultat, ce qui est absolument exceptionnel à moins qu'on ait méconnu un obstacle mécanique rendant toute tentative inutile et ne laissant d'autre ressource que l'intervention, on fait la laparotomie, ayant ainsi seulement dépensé 12 à 15 heures, temps qui la plupart du temps est nécessaire pour prévenir la famille, préparer l'opération, etc. Je n'insisterai pas plus sur le lavement électrique puisqu'il est admis par tous les livres classiques.

Coliques de plomb. — En présence d'un cas de coliques saturnines, on utilise les calmants et les opiacées pour combattre la douleur, mais il faut vider l'intestin Si le lavement simple échoue, ainsi que l'huile de ricin, on a recours aux drastiques qui sembleraient parfois exposer à des accidents : appendicite (Le Gendre) (1), entérite (Bernard) (2), etc. Le Dr Gaillard (3) a dernièrement préconisé le lavement électrique ; il rapporte un cas de Milian et quatre cas personnels qu'on peut résumer ainsi.

Dans les deux premiers cas, un seul lavement produit une débâcle dans les heures suivantes et la disparition rapide des phénomènes locaux et généraux ; le 3e malade guérit avec deux lavements. Quant au 4e qui pendant 3 jours avait été soigné par la morphine et les purgations, il fallut 4 lavements ; chacun amena une débâcle ; mais le 4e seul amena la cessation de tous les accidents.

Delherm a eu plusieurs fois l'occasion, dans les services hospitaliers de vérifier les conclusions de Gaillard. Voici entre autres un cas qu'il a rapporté avec Belin (4) : Malade présentant une crise saturnine des plus aiguës, constipé depuis quinze jours ; les purgatifs n'amenaient que de maigres évacuations. A son entrée à l'Hôtel-Dieu, douleurs des plus violentes qui font ordonner, le soir, à la contrevisite, une piqûre de morphine ; celle-ci ne donne qu'un soulagement momentané.

Le lendemain matin, lavement électrique qui produit, deux heures après, un bassin entier de matières et quelques heures plus tard une débâcle considérable (7 à 8 bassins). Les douleurs cessent le même jour, le malade dort bien la nuit et durant les 15 jours suivants selle spontanée quotidienne. Bien que les observations soient encore trop peu nombreuses, il semble que le lavement électrique doive prendre une place des plus importantes dans la thérapeutique de la colique saturnine.

III. Constipations symptomatiques. — Je ne veux pas entrer ici dans l'étude des causes de la constipation ;

(1) *Soc. med. Hôp.*, 26 juin 1899.
(2) *Thèse Paris*, 1901.
(3) *Soc. med. Hôp.*, 20 mars 1903.
(4) Belin et Delherm. — *Soc. méd. Hôp.*, mai 1903.

on pourrait, sans être paradoxal, soutenir que la constipation est toujours symptomatique et qu'elle résulte soit de troubles anatomiques (ptoses), soit de l'état général (arthritisme, nervosisme, etc.), mais il est certaines formes qui paraissent résulter plus directement d'un trouble d'un autre organe, ce sont celles-ci que nous allons rapidement passer en revue.

La *constipation avec dyspepsie* est tantôt la cause, tantôt le résultat du trouble gastrique. Dans la majorité des cas, le traitement approprié à l'état de l'intestin et que nous exposerons plus loin a fait disparaître les troubles stomacaux : — tantôt, quand la constipation a disparu, et alors il est probable que la dyspepsie était secondaire, — tantôt, avant qu'il y ait eu une modification sérieuse de l'état intestinal, et il faut alors penser que nos méthodes sont capables de modifier, au moins en certains cas, le fonctionnement gastrique, comme elles modifient celui de l'intestin. Parfois nous avons été obligés de reconnaître qu'il fallait diriger une thérapeutique spéciale contre les troubles de l'estomac ; pour cela, les étincelles indirectes de statique (1) au creux épigastrique, la galvanisation du pneumogastrique sont des procédés précieux, mais il est bien certain qu'en bien des cas il faut surtout s'occuper du régime alimentaire. En tous cas, nous pensons à l'heure actuelle qu'il faut systématiquement traiter l'intestin des constipés dyspeptiques.

Constipations et affections gynécologiques. — Le rôle des affections gynécologiques dans la production de la constipation chronique et de l'entérocolite est chaque jour mieux connu ; d'ailleurs, les deux affections peuvent réagir l'une sur l'autre et la stase intestinale contribue certainement souvent à augmenter la congestion pelvienne si bien que certaines malades tournent dans un véritable cercle vicieux.

Qu'il nous soit permis à ce propos de signaler un des inconvénients du massage gynécologique. Les savants travaux de Stappfer semblent démontrer que le massage intestinal congestionne le petit bassin ; si bien qu'il faut lorsqu'on emploie cette méthode se résigner ou à ne pas soigner le tube digestif ce qui est peu favorable à la guérison de l'utérus ou à employer des laxatifs ce qui est un mauvais acheminement vers le rétablissement du fonctionnement normal de l'intestin.

Quoiqu'il en soit, les électrothérapeutes avaient à maintes reprises signalé l'heureuse influence des traitements électriques gynécologiques sur la constipation concomitante, et nous avons, avec Delherm cru intéressant de préciser la question. Prenant à la Clinique une série d'observations concernant uniquement des affections gynécologiques nous avons recherché celles ou la constipation était signalée (2). Nous avons laissé de côté les cas où une cause extérieure (changement de régime, traitements adjuvants, etc.), ne permettait pas de juger exactement de l'efficacité du traitement utérin et les cas légers. Nous avons trouvé ainsi 28 constipations chroniques graves, pour lesquelles il n'a été fait que des applications gynécologiques. Les résultats ont été les suivants : la constipation (ou l'entérocolite) a été guérie ou considérablement améliorée dans 14 cas, améliorée légèrement dans un cas et n'a pas été influencée dans 13 cas. En somme, les résultats favorables sont dans une proportion approximative de 50 0/0. Nous n'avons pas constaté une grande différence entre les cas où la lésion utérine formait un obstacle mécanique et ceux où il n'y avait pas d'obstacle de ce genre. D'ailleurs, il faut admettre d'après les théories les plus récentes, que la constipation des génitopathes est le plus souvent due à l'irritation des plexus abdominaux et que c'est bien plus en faisant disparaître le point de départ d'un réflexe pathologique qu'en enlevant un obstacle que le traitement gynécologique doit agir. En tous cas notre pratique constante est à l'heure actuelle de commencer systématiquement dans les cas où les deux affections sont associées par traiter l'utérus. Si le trouble intestinal est la conséquence de l'état génital, il guérira par ce seul procédé ; si au contraire, il est indépendant il sera nécessaire de diriger ultérieurement un traitement contre lui, mais alors on saura que l'intestin est seul en cause et qu'il ne reste pas une « épine irritante » rendant vains les efforts de la thérapeutique.

Constipations et affections anales. — Soit que l'anus soit le point de départ d'un réflexe qui produit du spasme intestinal, soit que les malades évitent d'aller à la selle parce qu'ils ont peur de provoquer la douleur, la constipation est extrêmement fréquente chez les sujets atteints d'affection de la dernière portion de l'intestin. La méthode des applications intra-rectales du courant de haute fréquence dont l'invention revient toute entière à M. le professeur Doumer et dont je vous ai entretenu l'année dernière, permet de guérir la fissure, la sphinctéralgie, la fissurette, les hémorrhoïdes, etc. et de guérir en même temps la constipation comme l'a montré Doumer, si elle est la conséquence de la sensibilité anale. Mais nous avons montré avec Delherm, par de nombreuses observations que quand la constipation était préexistante, on ne pouvait le plus souvent, même lorsque le traitement intestinal employé seul avait donné une amélioration considérable, la guérir complètement que le jour où par l'application intra-rectale de la méthode de Doumer on faisait disparaître la sensibilité anale.

Aussi, dans cette catégorie, c'est l'interrogatoire du malade qui nous dicte la marche à suivre. Si la constipation est apparue d'une façon concomittante ou consécutive au trouble anal, nous ne faisons que le traitement rectal. — Si elle l'a précédé nous soignons l'intestin et, si le résultat n'est pas assez rapidement complet, ou si les douleurs sont vives, nous faisons en même temps les applications anales de hautes fréquences (1).

IV. Constipations habituelles primitives (*forme légère ; forme grave atonique*). — La constipation primitive, pour laquelle on ne trouve pas une explication étiologique déterminée dans tel ou tel organe, dépend presque toujours d'un trouble de l'état général, elle est alors l'apanage des nerveux, des arthritiques, des sédentaires, des anémiques, des convalescents, etc.; parfois, mais bien plus rarement, elle tient au tube intestinal lui-même, comme cela arrive chez les sujets qui viennent de faire une affection gastro-intestinale aiguë ou chez les vieillards dont la fibre lisse perd sa tonicité. On peut lui considérer deux formes principales: une forme légère et une forme grave ; il est bien entendu d'ailleurs que nous parlons des constipations habituelles et que nous ne considérons dans ce chapitre ni la constipation passagère, justiciable d'un laxatif ou d'un purgatif quelconque, ni la constipation aiguë grave, qui est justiciable du lavement électrique au même titre que l'obstruction. Ce que nous appelons la *forme légère* est donc la constipation qui dure depuis longtemps et résiste aux traitements ; c'est celle des individus qui, depuis des mois ou des années prennent à chaque instant des laxatifs ou des lavements, ont de temps à autre des selles spontanées et, en somme, se portent relativement bien, à la condition de prendre sans cesse des précautions, cette forme n'a pas le plus souvent un retentissement marqué sur l'état général ; mais peut coexister avec des troubles divers qu'elle n'occasionne pas et qui, comme

(1) Ce procédé, connu actuellement sous le nom de procédé de Morton, a été utilisé en France il y a quelque 25 ans par Tripier.

(2) Laquerrière et Delherm. — *Congrès de Berne*, 1902 et *Annales d'électrobiologie*, 1903, pages 500 et suivantes.

(1) Il y aurait encore à parler de la constipation chez les hépatiques ; mais nous la retrouverons plus loin à l'occasion de la constipation des arthritiques.

elle, sont le résultat soit de l'état névropathipue ou arthritique, soit de la mauvaise hygiène du sujet.

Dans cette forme, il suffit le plus souvent de soigner l'état général. Déjà Sigaud La Fond, comme je vous le disais en commençant, avait constaté il y a 100 ans l'efficacité de la statique sur certaines constipations. Plus récemment, Vigouroux (1), Margaret Cleaves, Raulin (2), Truchot (3), confirment cette opinion. Puis Soupault (4), insiste également sur cette influence de la statique, et de ces diverses publications semblent résulter cette opinion que les résultats sont surtout favorables chez les neurasthéniques. Enfin à la même époque, Doumer et Musin publient le premier travail d'ensemble sur ce sujet et dans le « traitement de la constipation habituelle par l'électricité » montrent tout le parti qu'on peut tirer du bain franklinien avec effluvation sur les fosses iliaques.

En somme le sujet semble être bien connu et si nous résumons notre pratique, Delherm et moi, nous dirons que le bain statique simple ou mieux avec effluvation devant la bouche produisant une inhalation d'ozone) provoque chez les convalescents et les anémiques un relèvement de l'état général s'accompagnant du rétablissement du fonctionnement intestinal; ce même bain statique, soit simple, soit avec effluve à la tête ou la nuque (douche électrique), produit chez les névropathes une action à la fois sédative et tonique se traduisant par le retour des forces, du sommeil, de l'appétit, etc., et la disparition de la constipation. Mais chez certains de ces sujets, il est bon, pour avoir des résultats plus rapides de pratiquer soit de l'effluvation sur les fosses iliaques si le spasme paraît en cause, soit des étincelles sur l'abdomen si l'atonie entre en ligne de compte. Nous avons pu par ce procédé guérir des sujets qui depuis de longues années avaient résisté à toutes les médications pharmaceutiques et diététiques et qui ont pu, tout en reprenant une alimentation ordinaire voir se rétablir un fonctionnement intestinal quotidien et spontané.

Les étincelles agissent à la façon de toutes les secousses électriques, sur lesquelles nous reviendrons à propos de la forme grave atonique. Les effluves ont manifestement, quel que soit le point où on les applique une action sédative qui en font évidemment un bon médicament du spasme ; mais il est bien probable qu'ils agissent aussi d'une autre façon, car leur action se localise surtout à la surface : le professeur Doumer, puis notre collègue à cette Société, le docteur Bloch, ont rapporté des observations ou le souffle statique appliqué sur la région hépatique avait ramené la coloration normale des selles décolorées auparavant, il y aurait donc lieu de supposer une action secrétoire résultant par voie de réflexe de l'excitation de l'épiderme (*théorie de Head*).

Chez les arthritiques, les courants de hautes fréquences de d'Arsonval en applications générales (lit ou cage) donnent les mêmes résultats que la statique chez les névropathes ; et nous avons publié autrefois avec Apostoli, dans nos études sur l'action de la haute fréquence, des observations qui en sont la meilleure démonstration. D'ailleurs depuis quelques années, M. Moutier soigne les lithiases hépathiques par ces mêmes courants et si les observations ne sont pas encore assez nombreuses pour permettre des conclusions fermes, il faut dire que nos recherches personnelles sur ce sujet semble confirmer celles de M. Moutier. D'autre part, il est peu probable qu'il faille considérer le foie comme absolument indépendant de l'intestin et les traitements modifiant le fonctionnement de cet organe doivent influencer également la sécrétion des autres glandes digestives. — Aussi, l'action du traitement général par la haute fréquence sur certaines formes de constipation ne paraît pas illogique. En tous cas, notre pratique à peu près constante : actuellement est de soumettre presque tous nos constipés à un traitement général approprié à leur état : statique ou hautes fréquences. Si la constipation est légère, le traitement général suffira ; dans les formes graves, que nous allons étudier maintenant, il formera un adjuvant des plus utiles aux applications locales.

La constipation chronique *grave* est celle des individus qui sont constipés depuis des années comme les précédents, mais qui de plus n'obtiennent de résultats des médications que difficilement, en augmentant les doses, en changeant souvent de thérapeutique (nous avons vu un de ces malades prendre 6 litres de lavages chaque matin, d'autres une dose quotidienne de 60 grammes d'huile de ricin, etc.) qui jamais ou presque jamais n'ont de selles spontanées et qui de plus présentent des troubles sérieux de leur santé générale sous l'influence des exonérations insuffisantes.

Là il est indispensable de recourir à un traitement local dirigé sur l'intestin, soit qu'on fasse l'application sur l'abdomen, les deux pôles situés sur la paroi antérieure, soit qu'on mette une électrode avant l'autre, aux lombes, soit qu'enfin au moyen d'un excitateur spécial enfoncé dans le rectum on porte le courant au sein même de la masse abdominale. Depuis longtemps on a essayé pour ainsi dire tous les courants avec ces modes d'application, et toujours dans le but avoué de provoquer des contractions intestinales. — En utilisant le courant faradique de façon à provoquer d'énergiques contractions de la paroi — en employant le courant continu avec des secousses ou des renversements répétés, — en se servant de la galvano-faradisation, avec la bobine à gros fil et un courant faradique fort, — ou bien encore des étincelles indirectes de statique (statique induite, courant de Morton, etc.) — ou des diverses modalités de lavement électrique, enfin en combinant de façons variées tous ces procédés, on obtenait les méthodes de Bénédikt, d'Erb, de Courtade, de Morton, de Bordier, d'Albert Weil, etc.

Toutes ces méthodes, en procédant par choc, par excitations énergiques, nous paraissaient plus propres à provoquer de la contracture qu'à réveiller le péristaltisme de l'organe. Mais toutes donnaient des succès incontestables et suffisamment fréquents pour que des praticiens sérieux continuent à les employer.

Seulement, il faut bien avouer que la moyenne des résultats étaient peu satisfaisants. Outre l'opinion de Larat, exprimée plus haut, je vous citerai encore Erb qui, après un dithyrambe en l'honneur d'un procédé, fait cette réserve : « Il est à peine besoin d'ajouter qu'il y a des constipations qui résisteront à tout traitement électrique ».

Quelle était la raison de cette inconstance dans les résultats ? Autrefois, constipation et atonie intestinales étaient pour ainsi dire synonymes, et tout intestin de constipé semblait manquer à la fois de contractibilité et de tonicité. Les méthodes qui donnaient des contractions violentes de la paroi, provoquaient un brassage des anses intestinales, qui amenaient un commencement de contracture de fibres relâchées et flasques, auraient dû à la condition qu'on sache les graduer (et quel agent peut l'être mieux que l'électricité) réussir à coup sûr, sauf dans les cas soit de sénilité irrémédiable, soit de lésions anatomiques, soit d'atteintes définitives du système nerveux. Mais peu à peu s'était établie en face de la théorie de l'atonie la théorie du spasme dont les électriciens n'avaient aucunement paru se soucier jusqu'aux travaux entrepris par Delherm et par moi et dont l'existence nous donnait la clef du mystère qui semblait planer sur l'inconstance des résultats fournis par l'électrothérapie.

Nous retrouverons cette question tout à l'heure ; qu'il me suffise de dire, pour l'instant, que toutes ces méthodes électriques de force trouvent d'après les spécialistes du tube digestif leur indication dans la constipation atonique, tandis qu'elles doivent être absolument proscrites dans les formes spasmodiques qu'elles sont capables

(1) Vigouroux dans « La *Neurasthénie*, par Levillain », 1891.

(2) Raulin. — « Traitement hygiénique de la constipation, *Société médicale de Bordeaux* », 1896.

(3) Truchet. — *Archives d'electricité médicale*, 1893.

(4) *Revue de thérapeutique Médico-chirurgicale*, 1899.

d'aggraver cliniquement. Les méthodes anciennes donnaient en effet de bons résultats chez les atoniques ; elles donnaient aussi quelquefois des résultats dans d'autres cas, d'abord parce que, comme Mathieu l'admet aujourd'hui, il y a des formes intermédiaires entre l'atonie et le spasme ; parce qu'ensuite certaines de ces méthodes comme les étincelles violentes mais données durant un bain statique, comme le courant continu interrompu brusquement mais pas trop fréquemment, étaient dans certaines conditions capables de lutter contre la contracture chez des sujets à système nerveux pas trop irritable.

En somme, ces méthodes et nous n'insisterons pas plus longtemps, car leur efficacité est admise par tous aujourd'hui dans cette forme de constipation, donnent des résultats à peu près constants chez les atoniques, mais, si elles peuvent parfois être efficaces chez les atono-spasmodiques, elles sont manifestement sans effet et parfois nuisibles chez les spasmodiques.

V. Constipation spasmodique et entéro colite. — Comme nous venons de le voir, nous avons, les premiers croyons-nous, Delherm et moi, porté dans le domaine de l'électrothérapie la division de la constipation chronique en deux formes bien distinctes ; étudions donc la valeur de cette division et les déductions thérapeutiques qu'elle comporte. Anatomiquement, on trouve parfois à l'autopsie des vieillards de grandes dilatations partielles ou générales des côlons, un écartement des fibres musculaires qui semblent avoir perdu leur tonicité et leur élasticité. On a vu même de véritables atrophies de la tunique musculaire du gros intestin (1) c'est là évidemment le signe de l'atonie. Par contre Kussmaul et Fleiner constatèrent, et bien d'autres l'ont constaté depuis, chez des constipés opiniâtres, le gros intestin vide et contracturé.

Cliniquement, la première forme se traduit de la façon suivante : chez des sujets âgés, chez des sujets trop sédentaires, on rencontre une paroi abdominale flasque et inerte ; parfois, cette paroi pendante et flétrie retombe dans les fosses iliaques, se laisse déprimer avec la plus grande facilité ; on sent alors, quand il existe de la stase fécale, l'intestin facilement perceptible et se présentant sous l'aspect de grosses masses disséminées ou d'un boudin siégeant dans une fosse iliaque. Ces sujets le plus souvent n'ont aucune douleur ; tout au plus ont-ils de la pesanteur. Leurs matières sont rendues sous forme de bloc volumineux de gros calibre.

Au contraire, la forme spasmodique est l'apanage d'individus jeunes ou dans la force de l'âge, plus ou moins entachés de névrose ou d'arthritisme ; leur ventre est globuleux, difficile à déprimer ; l'examen permet de constater que l'intestin est contracturé et forme une corde de calibre diminué (calibre du petit doigt, calibre d'un crayon, etc.), qui roule sur le planformé par la fosse iliaque. Les selles dans ces cas sont rubanées, aplaties, parfois en crottes de bique, parfois comme passées à la filière, leur diamètre peut n'être que celui d'un crayon ou d'une plume d'oie. L'abdomen est souvent douloureux au palper au niveau des cordes coliques, mais aussi au niveau des centres sympathiques (point épigastrique, point sus-ombilical, etc.).

Des crises de douleurs plus ou moins vives s'observent fréquemment. En somme, on se trouve en présence d'un type clinique très différent de celui qui a été précédemment décrit. Fleiner en 1893 établit la distinction qui fut complétée par les travaux de Mathieu, Soupault, Cherchewski, Kraus, Berger, Sigaud, et qui aujourd'hui est acceptée, parfois avec quelques restrictions de détails, par la presque totalité des spécialistes. Naturellement, il existe, comme le signale M. Mathieu, des formes intermédiaires. Un intestin peut être contracturé à la partie supérieure, ce qui détermine de la stase puis de l'atonie à la partie supérieure. Un même intestin peut présenter des alternatives de spasme et d'atonie.

On pourrait également admettre une insuffisance fonctionnelle primitive des portions supérieures liée à une digestion gastrique ou duodénale incomplète, ne déversant que trop peu de matières à la fois dans le gros intestin. Or le viscère se contractant normalement sur son contenu, il prendrait peu à peu l'habitude d'un contenu insuffisant, d'où la corde, d'où l'aspect filiforme des matières.

D'autre part, Glénard, qui depuis bien longtemps avait constaté la corde chez ses ptosiques, admet qu'il n'y a pas seulement spasme mais que peu à peu il y a rétrécissement, diminution de calibre du gros intestin.

Quoi qu'il en soit de ces théories, le spasme existe et la thérapeutique doit tenir compte de son rôle que les électrothérapeutes négligeaient.

Mais avant d'aller plus loin jetons un coup-d'œil sur le phénomène spasmodique lui-même. Dans l'atonie, on pouvait admettre que la fibre intestinale seule était déficiente, au moins dans la majorité des cas, le traitement pouvait donc, comme unique but, se proposer de l'atteindre. Dans le spasme il faut au contraire faire intervenir le rôle du système nerveux et l'on peut dire que la constipation spasmodique est une névrose.

C'est à dessein, d'ailleurs, que j'ai réuni dans un même chapitre la constipation spasmodique et l'entéro-colite ; étiologiquement, elles s'expliquent de même, cliniquement, elles se rencontrent chez les mêmes sujets et quelles que soient les différences symptomatiques qui font d'elles des maladies particulières, il n'est pas téméraire de les englober, au moins sur ce qui concerne certaines déductions thérapeutiques, dans une même étude.

Si le trouble névropathique porte sur la fibre musculaire seule, on a seulement du spasme ; si, au contraire la névrose est à la fois motrice et sécrétoire, soit qu'elle ait porté d'emblée sur le travail des glandes, soit que la muqueuse ait été irritée à la longue par la stase des matières ou par les fermentations qui en résultent, l'entérocolite est créée. D'ailleurs, il n'y a pas de fossé absolu qui les sépare et tel constipé finit par devenir colitique, tel autre a parfois des poussées douloureuses, des débâcles diarrhéiques, etc., qui, pour être tout à fait accidentelles n'en sont pas moins l'ébauche de la crise d'entéro-colite.

Cette notion de la « trophoneurose » intestinale a été encore soutenue et confirmée tout récemment par Legendre à la Société médicale des hôpitaux et G. Lyon dans son dernier livre. Cette névrose peut être tellement légère qu'elle ne forme pas à proprement parler une maladie. Je connais des sujets bien portants qui, intellectuels, ayant une vie de surmenage, ont habituellement plusieurs selles par jour, chacune des selles est petite, et de calibre très diminué, ce sont des selles d'enfants et non des selles d'hommes. Ces sujets ont parfois quelques douleurs du ventre, de petits signes de dyspepsie et surtout du malaise général intense s'ils retardent leurs selles seulement de quelques heures. En somme, ce ne sont pas des constipés, et on les surprendrait beaucoup si on leur disait qu'ils sont menacés à l'occasion d'un écart de régime, à l'occasion de la grippe. etc., d'être atteints d'une maladie intestinale sérieuse. D'ailleurs, assez souvent chez eux, le séjour à la campagne avec une bonne hygiène redonne au bout d'un temps plus ou moins long une seule selle par jour, de volume et de calibre normaux.

Toutes sortes de causes peuvent, chez les prédisposés, provoquer cette névrose, les écarts de régime, les émotions, le surmenage, des maladies aiguës, la grippe en particulier, une digestion stomacale insuffisante, sont fréquemment le point de départ du trouble intestinal.

La ptose de l'intestin paraît extrêmement capable de provoquer la contracture intestinale, et, sans attaquer le moins du monde la théorie de l'enteroptose de Glé-

(1) Thibierge. — *Obstruction intestinale sans obstacles mécaniques*, 1884.

nard, je crois pouvoir dire au nom de mon expérience clinique, qu'il est des ptosiques qu'on améliore et qu'on guérit (au moins momentanément), sans s'occuper du prolapsus de leur viscère, uniquement en luttant contre le spasme. Je ne serais pas autrement surpris que l'atonie intestinale elle-même puisse parfois jouer un rôle et j'observe actuellement deux vieillards qui, tous deux, présentent les caractères de la constipation atonique, mais qui tous deux font par intermittence des crises de spasme avec corde colique douloureuse, selle filiforme, etc. Enfin, chez la femme, les affections gynécologiques et, dans les deux sexes l'appendicite chronique sur le rôle étiologique de laquelle Lyon vient encore d'insister avec raison, sont des facteurs importants dans la production de l'entéro-colite et de la constipation spasmodique. Pour les affections gynécologiques, je vous ai dit combien souvent le traitement utérin employé seul guérissait le trouble instestinal. Quant à l'appendicite, nous avons eu plusieurs fois Delherm et moi, l'occasion de voir des malades guéris en apparence de leur constipation par l'électricité, qui faisaient brusquement un certain temps après la cessation du traitement, une crise d'appendicite que rien n'aurait fait prévoir et qui laissait à penser que l'appendice, malade depuis longtemps avait été la cause de la névrose intestinale qu'on avait guérie, sans que lui-même fut amélioré. D'autre part, nous avons eu également des malades qui présentaient soit de la constipation, soit de l'entéro-colite, bien qu'ayant été opérés d'appendicite, la névrose instestinale s'était prolongée et évoluait pour son propre compte malgré la suppression de sa cause.

Sans plus insister sur le spasme intestinal, voyons quelle modification la constatation de son existence a apportée dans la thérapeutique. Dans la constipation atonique on continue à utiliser les purgatifs, les lavements, etc., mais de plus en plus se dessine une tendance à employer les agents physiques : la marche, l'exercice, la présentation à heure fixe à la garde-robe qui suffisent dans les cas légers, ne sont dans les cas graves qu'un adjuvant à des méthodes plus énergiques : et Illoway (1) déclare que c'est aux moyens physiques qu'il faut recourir de préférence aux purgatifs, opinion que Mathieu confirme en déclarant qu'il a parfaitement raison. La gymnastique (gymnastique suédoise) (2), le massage, la sismothérapie (3), les grands lavages intestinaux, enfin l'électricité trouvent alors leurs indications.

On a en somme recours, quelle que soit la méthode employée à des procédés de force et, en électrothérapie, toutes les méthodes anciennes de choc donnent dans cette forme, comme nous l'avons vu au chapitre précédent, des résultats extrêmement satisfaisants.

Dans la constipation spasmodique, « le gros intestin demande à être pris par la douceur et non par la violence sans quoi il proteste et se contracture davantage » (Mathieu). Il faut se défier des purgatifs « qui benc purgat male curat ! » (4).

On a recours aux lavements d'huile, aux lavages à faible pression, à l'huile de ricin à dose minime, à la belladone, à la jusquiame ou à la valeriane, aux compresses chaudes, aux bains prolongés.

On a même préconisé dernièrement, en Allemagne l'isolement avec séjour absolu au lit. Souvent d'ailleurs, le procédé le plus employé en France : huile de ricin et grands lavages ne forme qu'un palliatif : la constipation reprend dès qu'on l'interrompt.

Les spécialistes considèrent les procédés mécaniques et l'électrisation comme absolument contre-indiqués parce qu'ils les croyaient capables d'exagérer le spasme. Cependant Mazeran et Froussard tolèrent le massage pratiqué sous forme d'effleurages extrêmement légers. En somme, de toute part on proclame dans la constipation spasmodique et dans l'entéro-colite la nécessité des procédés de douceur et l'on proscrivait l'électrisation parce qu'on la considérait comme une méthode de force. C'est dans ces conditions que nous avons cherché, avec Delherm, si l'on ne pouvait demander à quelques-unes des innombrables formes des courants électriques de devenir des méthodes de douceur.

Le courant continu à haute dose, 60 à 100 mA. et plus avec deux larges électrodes, l'une recouvrant les lombes, l'autre l'abdomen, ou de préférence la galvano faradisation dans les mêmes conditions d'électrodes et d'intensité, mais avec un courant faradique *très léger*, à fil fin, à interruptions très rapides, nous paraissent être les procédés de choix dans la constipation et dans l'entéro-colite. M. le professeur Doumer a préconisé au moment où nous débutions dans nos recherches, l'application du courant continu d'une fosse iliaque à l'autre, avec de hautes intensités et de petites électrodes ; après avoir expérimenté largement ce procédé, nous lui préférons le nôtre parce que : 1° il est douloureux, ce qui est désagréable pour le malade et peut, chez certains sujets, exagérer le spasme ; 2° il nous paraît moins capable de faire passer une grande quantité de courant par les centres sympathiques abdominaux, sur lesquels l'action du courant continu est extrêmement importante (1) ; 3° il exige, pour ne pas entamer la peau de fréquents renversements de courant qui, s'ils sont faits brusquement font rentrer le procédé dans les procédés de force.

D'ailleurs, plusieurs de nos malades ont été traitées et guéries uniquement par le procédé de Doumer, c'est dire que nous sommes persuadés que c'est un bon procédé : mais nous estimons qu'il faut varier un peu, — et la galvano-faradisation, avec notre technique se prête très facilement à ces petites modifications, — certains détails des applications, suivant les malades, suivant leur sensibilité cutanée, etc., et surtout, quand il s'agit d'entéro-colite, suivant la symptomatologie (algie des plexus abdominaux — constipation continue — alternance de diarrhée — diarrhée continue).

Je vous demanderai la permission de vous exposer les résultats que nous avons obtenus contre ces formes de névroses intestinales. Dans la thèse de Delherm, nous avons publié deux séries d'observations qui paraissent particulièrement probantes parce que tous les malades nous avaient été envoyés avec un diagnostic établi depuis longtemps ; ils avaient subi sans résultat toutes sortes de procédés pharmaceutiques, des cures d'eau minérale, des massages, des régimes, etc., etc.; enfin ils avaient en dernier lieu été soumis à des prescriptions hygiéniques et alimentaires les plus classiques.

La très grande majorité nous était envoyée par le Dr Mathieu, quelques autres par notre ami le Dr Labelle. Tous étaient donc des échecs avérés et manifestes de la thérapeutique bien conduite. Or voici quels ont été les résultats sur ces malades qu'on pouvait *considérer comme un rebut.*

Constipation chronique (*forme spasmodique*). Nous avons traité 41 malades, tous étaient constipés depuis longtemps; certains n'avaient jamais eu de selles spontanées depuis des années, la plupart, depuis un ou deux ans. Nous avons en général obtenu le régime des selles spontanées entre la première et la douzième séance, et sur les 41 cas observés, 36 sont arrivés à avoir des garde-robes quotidiennes sans avoir recours à aucun procédé artificiel.

Nous avons étudié l'effet sur les différents symptômes.

(1) Illoway. — Constipation chez les adultes et les enfants, Londres, 1897.

(2) Lagrange. — La médication par l'exercice.

(3) Jayle et Lacroix de Lavalette. — *Revue de Gynécologie et chirurgie abdominale,* 1898.

(4) Boas. — Rapport au *Congrès de Paris,* 1900.

(1) Delherm. — Comment on peut, à l'aide de l'esthésiomètre de Roux, mesurer l'action analgésiante du courant continu dans les algies des plexus sympathiques abdominaux. *Société française d'électrothérapie,* 1901.

En ce qui concerne la constipation *quantitative*, nos malades présentaient presque tous des exonérations incomplètes, laissant après elles des pesanteurs abdominales, des lourdeurs de tête, des bouffées de chaleur. Sous l'action du traitement, nous avons toujours vu des modifications favorables. Il en a été de même pour la constipation *qualitative* : disparition des billes, augmentation de volume des matières, aspect plus normal de la garde-robe, disparition des glaires. Nous avons également pu constater la disparition de la corde colique douloureuse et, dans bien des cas, des phénomènes gastriques concomitants. Avec la disparition de la constipation a coïncidé une amélioration très nette des phénomènes de neurasthénie. La meilleure preuve qu'on puisse donner de ces changements consiste dans l'étude de la courbe du poids, qui nous a presque toujours montré une augmentation de 2 à 5 kilogrammes. L'étude des *résultats éloignés* est certainement la plus intéressante de notre sujet : sur 41 cas traités, dont 36 guéris, 29 ont pu être revus depuis la cessation du traitement qui, pour certains remonte à 18 mois, et 26 ont conservé les résultats acquis ; nous entendons par là la faculté pour le malade d'avoir des selles spontanées sans être obligé d'avoir recours à une médication quelconque.

Entérocolite. — Chez tous nos sujets, le début des troubles intestinaux remontait à des dates éloignées, par exemple, dans les formes à constipation, les selles spontanées avaient disparu depuis longtemps. Dans ces formes, le régime des selles quotidiennes s'est établi en général vers la quinzième séance. La constipation, les crises de diarrhée, etc., ont été améliorées, puis ont disparu. Les glaires ont disparu en même temps que les selles régulières s'établissaient, sauf dans quatre cas où elles ont seulement diminué considérablement.

En ce qui concerne le poids, la moyenne du gain a oscillé entre 2 et 5 kilogrammes et un de nos malades a gagné 10 kilog. D'autre part, il y a eu amélioration à peu près constante de l'état gastrique, de l'état général, des troubles neurasthéniques, etc. En somme, sur 29 observations, 26 malades, à la fin du traitement, avaient au minimum 25 selles par mois, ne présentaient plus ni glaires, ni crises diarrhéiques, ni douleurs ; 16 ont été revus ultérieurement, deux avaient présenté une rechute complète; une malade avait à nouveau présenté quelques troubles intestinaux quand son état mental nécessita l'internement 5 mois après la fin du traitement. Deux avaient eu une légère rechute jugulée par quelques séances. Les autres conservaient le résultat acquis durant des périodes atteignant, pour certains, plus de deux années.

Ces résultats, pour ces malades, ont été contrôlés par le Dr Mathieu, qui a bien voulu depuis préconiser à la Société de thérapeutique les traitements électriques des affections du tube intestinal. M. le Prof. Bordier, de Lyon, a confirmé certains de nos résultats ainsi que le Prof. J. Costa, de Buenos-Ayres, et notre collègue à cette société, le Dr Bloch, de Paris, MM. Soupault, Lagrange et Glénard ont bien voulu s'intéresser à nos travaux et suivre plusieurs de nos malades.

D'ailleurs, si l'on veut se rappeler que les malades de la thèse Delherm étaient un échec manifeste de toutes les thérapeutiques connues, si on veut considérer, d'autre part, que c'étaient nos premiers malades et que, par conséquent certains tâtonnements nécessités par notre inexpérience ont dû rendre les résultats moins favorables, on comprendra que nous pensions avoir apporté un procédé des plus sérieux et des plus utiles dans l'entéro-colite et la constipation spasmodique où l'usage de l'électricité paraissait dangereux aux spécialistes.

***

Est-ce à dire qu'il faille soigner toutes les maladies intestinales par l'électricité? Nous ne le pensons nullement ; bien d'autres procédés thérapeutiques gardent leur valeur et en particulier les prescriptions hygiéniques ne sont à négliger en aucun cas. Est-ce à dire que nous croyions que par l'électricité on ne doive pas avoir d'insuccès ? Nous ne le croyons pas non plus, et plus spécialement il y a à établir le chapitre des contre-indications ; non pas que nous estimions que l'électricité bien maniée peut être dangereuse, mais parce que nous pensons que bon nombre d'individus atteints d'affections intestinales graves sont surtout malades de leur système nerveux et que si, dans la majorité des cas, des modalités électriques appropriées font disparaître les troubles physiques, il y a des troubles psychiques qui sont cause, soit par le nervosisme qu'ils occasionnent soit par les erreurs d'hygiène et de régime qu'ils déterminent, de rechutes intestinales perpétuelles.

Depuis la thèse Delherm, nous avons soigné, tant à la clinique Apostoli que dans nos clientèles respectives, un bien plus grand nombre de malades dont nous nous proposons de publier bientôt les observations, et je crois bien que le chapitre que nous écrirons alors sur les contre-indications ne comprendra guère que les psychopathes avec lesquels les résultats de toute thérapeutique d'une maladie physique sont subordonnés à l'état mental du sujet.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le requin médical.

Dans un livre très curieux et remarquablement documenté sur les *Charlatans de la Médecine* (1), un de nos jeunes confrères, M. le Dr Saint-Aurens, a, sous le nom pittoresque et bien approprié de *requin médical*, décrit cette espèce d'homme de proie qui s'enrichit des misères et de la sottise humaine. Il nous le montre partout, embusqué dans les plus intimes recoins des villes, se servant de la presse comme appât, poursuivant ses victimes jusque dans les hameaux les plus ignorés de nos campagnes. Et qu'on ne croie pas que le requin médical est une vue de l'esprit ou une trouvaille exceptionnelle ; comme son congénère de l'Océan, il pullule et sa voracité n'est jamais satisfaite. M. Saint-Aurens en cite de nombreux exemples choisis parmi les plus intéressants, sur les milliers de cas qu'il a pu relater. Notre collaborateur M. le Dr Kouindjy nous fait sur le même sujet l'intéressante communication suivante :

Notre confrère, M. Lejars, donne dans la *Semaine médicale* une très intéressante description de l'exposition du charlatanisme à Breslau. Les Allemands luttent, à l'exemple des Hollandais, par des sociétés, des brochures, des expositions, des conférences, etc. Jusqu'à présent il est difficile de dire quels résultats ils ont obtenus, sauf la classification des documents, objets et autres outils, employés par leurs charlatans. Je doute fort que leurs efforts obtiennent un succès même relatif. Ceci ne veut pas dire qu'ils ne méritent pas d'encouragement. Mais, pratiquement, tant que tout se bornera à l'action d'une corporation, comme celle

(1) Dr Saint-Aurens. — « Les Charlatans de la Médecine », avec lettre préface du Dr Maxwell, avocat général à la Cour de Bordeaux; ouv. de 245 pages.(J.-B. Baillière et fils, édit. 1904.)

des médecins, sans que la législation lui prête une main ferme, ce sera un effort presque platonique. M. Lejars nous indique qu'en France et en Autriche il existe des lois contre l'exercice illégal. Je ne suis pas jurisconsulte pour pouvoir juger au fond la question, mais, par quelques exemples, que je vais énumérer ici, je pourrai démontrer que l'exercice du charlatanisme est chez nous aussi bien toléré qu'en Allemagne la pratique de Kurpfuscher.

J'ai comme voisin un ancien herboriste de Chaumont, qui a monté à Paris un cabinet médical, où on donne des consultations gratuites. Une plaque à l'entrée de la maison porte l'inscription suivante : « La vie réelle, docteur, consultations gratuites ». L'individu, qui gère la succursale de la maison de l'herboriste X, m'a l'air d'un ancien infirmier ou garçon de bains. Voici comment on y opère. Je tiens à vous faire remarquer, que j'ai ces renseignements du sieur X lui-même. Cet individu s'associe un médecin, qui vient tous les jours de 3 h. à 5 h. Le médecin attaché à l'entreprise peut examiner le malade, comme bon lui semble. L'essentiel est qu'il doit prescrire l'ordonnance d'abord, en indiquant un régime quelconque et ensuite en recommandant les produits selon le livre du sieur X. en copiant au numéro de la page . Ainsi, la page 209 relate la recette du *traitement curatif des luxations, des entorses, des courbatures* :

1) Résolutif universel (une cuillerée à bouche, chaque jour à jeun), un demi-litre	8 fr.
2) Café nutritif (deux tasses par jour), le kilo	3 fr. 50
3) Frictions chaudes, le flacon	3 fr.
4) Pommade curative, le pot	3 fr.
Total	17 fr. 50

Page 182. Traitement des convulsions, spasmes, épilepsie, danse de Saint-Guy, chorée, éclampsie.

1) Remède préparatoire (prendre le premier jour en trois verres, à jeun)	2 fr.
2) Pilules extraites de la tisane russe (4-8 par jour), les deux boîtes	4 fr.
3) Café nutritif (deux tasses par jour), la boîte de un kilo	3 fr. 50
4) Résolutif universel, le demi-litre	8 fr.
5) Infusion vermifuge	1 fr. 50
6) Frictions chaudes	3 fr.
Total	22 fr.

Il est, certainement, triste de voir un confrère prêter son concours à cette exploitation sans nom. Que peut faire le corps médical pour lutter contre un charlatanisme semblable ? Rien. Quand j'ai exposé le fait à la Société de mon arrondissement, notre brave président, le Dr Portafax, m'a dit de suite : si ce charlatan a un médecin qui donne les consultations, il n'y aura rien à faire. Le Syndicat de médecins, à qui j'ai communiqué le fait, m'a demandé deux ordonnances, signées de l'herboriste, pour pouvoir poursuivre cet individu devant les tribunaux. Il résulte que notre guérisseur (?) peut continuer à exploiter le public et faire tort au corps médical, sans être inquiété par la législation. Il paraît, et un jugement récent a confirmé le fait, que mon concierge a le droit d'exposer une plaque de consultations gratuites et de s'intituler « docteur » pourvu qu'il ne mette pas au côté le mot « médecin ».

Un autre genre de charlatanisme en médecine toléré par la législation est la pratique des herboristes. Un de nos confrères eut à soigner une personne âgée de 50 ans, traitée par un herboriste de Paris. La malade avait ressenti une douleur dans l'aine gauche. Elle s'adressa à l'herboriste, qui fit le diagnostic de hernie inguinale et appliqua un appareil séance tenante. Le lendemain la malade vint se plaindre que le bandage lui faisait mal ; l'herboriste lui en appliqua un deuxième, lui suggéra de se faire des injections vaginales et lui fournit le nécessaire. Le mal de cette malade s'aggrava à tel point que, huit jours après, elle fit demander notre confrère, qui constata une bartholinite de la lèvre gauche en voie de suppuration. A-t-on un moyen légal de poursuivre cet herboriste ? Et combien sont-ils, qui vendent leurs mixtures et leurs plantes suivant leur propre diagnostic ?

Ce sont des formes, pour ainsi dire légales du charlatanisme. Ces dernières années, un genre a pris une extension considérable. Sous les vocables de « masseur-ventouseur », de « masseuses », de « secouristes-masseuses », ou tout simplement de « secouristes-ambulanciers » se cachent le plus souvent le charlatanisme médical et l'exercice illégal de la médecine. Qui n'est pas maintenant masseur ? Qui ne pratique pas le massage ? Une femme de chambre mise à la porte, un garçon d'hôtel sans place, un employé ne pouvant se caser, un individu sans aucune profession, une veuve de médecin sans fortune, une infirmière chassée de l'hôpital, un garçon de laboratoire sans occupation, en un mot tout individu déclassé et sans travail se fait « masseur ». Je connais un individu atteint de polynévrite, qui se mit à être masseur, aussitôt qu'il quitta le service hospitalier ; il masse comme celui qui l'a massé à l'hôpital. Maintenant, c'est un masseur qui connaît « l'atritisme » (1), le « mopolite » (2), etc. Une gouvernante d'un grand médecin étranger eut l'idée de se faire « masseuse ». Elle pria son protecteur de lui donner quelques lettres de recommandation pour nos grands maîtres. Ceux-ci l'acceptèrent et actuellement cette ancienne gouvernante exige pour ses séances de massage 10 et 20 fr. au minimum. Un représentant de commerce eut des déboires dans sa profession. Il s'inscrivit dans une des nombreuses sociétés de secouristes et arriva à faire des conférences sur l'anatomie de l'homme à quelques personnes qui le prirent pour un médecin non diplômé. L'individu vend des pommades et des frictions qui guérissent tous les maux. Un jour, j'étais appelé à voir un malade qui avait un accès d'asthme formidable. Auprès du malade j'ai trouvé une secouriste-ambulancière, qui donnait ses soins au malade depuis quelques jours. Ce n'est que lorsqu'elle a cru que le malade allait mourir, qu'elle a dit : Faites appeler le médecin. Une somnambule très renommée pendant l'Empire m'a avoué qu'elle était appelée à donner ses soins à une quantité de gens très bien élevés. Elle rédigeait des ordonnances, envoyait chez son pharmacien, qui livrait les potions.

Je borne ici mes citations et je demande quels sont les moyens existants qui peuvent permettre de lutter contre ce charlatanisme ? Je suis obligé d'avouer que je n'en vois aucun. Il existe bien des associations qui s'efforcent d'organiser une lutte contre cet état de choses, mais, tant que la législation ne leur prêtera pas son secours, leurs efforts seront sans résultats. P. Kouindjy.

Cette très intéressante communication de M. Kouindjy doit être suivie de quelques reflexions. Le charlatisme et l'exercice illégal sont réprimés en France par la loi du 30 novembre 1892, mais la pénalité est insuffisante et n'émeut guère les gens sans scrupules qui se livrent à cette fructueuse industrie. La loi punit le médecin qui couvre le charlatan de son diplôme au même titre que ce dernier lui-même (paragraphe 3 de l'art. 16 de la loi du 30 nov. 1892), mais il est extrêmement difficile d'établir le lien d'association qui existe entre eux. En outre, beaucoup de magistrats, si impitoyables parfois pour les peccadilles de tant de pauvres diables, sont d'une mansuétude infinie pour les escroqueries des requins médicaux.

Le Syndicat des médecins de la Seine a fait poursuivre plusieurs fois et condamner l'herboriste dont parle M. Kouindjy, mais qu'importe l'amende à celui qui bénéficie des recettes de la « vie réelle» ; un procès pour lui est une réclame gratuite que lui procure, dira-t-il, la

(1) Arthritisme.
(2) Polymyélite.

jalousie des médecins impuissants à guérir. Et le public le croira.

Toutes ces questions, d'ailleurs, seront longuement étudiées dans le prochain *Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine* en mai 1905. Des avocats, des magistrats, des législateurs, viendront là prêter leur concours aux délégués des sociétés médicales professionnelles. J. NOIR.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 octobre.

Séance peu animée et occupée tout entière par la lecture de rapports. Par suite de l'absence de M. Championnière, qui prend part à l'excursion des médecins français en Angleterre, la discussion sur le traitement des phlébites par la mobilisation est momentanément interrompue.

Prophylaxie du paludisme.

M. LAVERAN fait un rapport sur les résultats obtenus par le Dr Prestat dans l'isthme de Suez. Le pétrolage des marais, la destruction des moustiques, l'administration préventive de la quinine, ont parfaitement réussi. Grâce aux mesures prises, le nombre des malades a considérablement diminué. En effet, le nombre des cas, qui s'élevait, à Ismaïlia, à 2500 en 1900, n'a été que de 200 en 1903.

La surveillance des eaux potables dans les garnisons.

M. GARIEL communique à l'Académie la réponse de la Commission créée, à l'instigation du ministre de la guerre, en vue d'examiner dans les villes de garnison les sources, leur captage, etc. La Commission estime que les conseils d'hygiène qui existent dans toutes les villes ayant spécialement pour attribution l'examen et la surveillance des eaux. il n'y a pas lieu de créer un service spécial.

Les épidémies en 1903.

M. KERMORGANT lit un rapport sur la situation sanitaire de la France en 1903. Le faible crédit de 300 francs accordé à l'Académie est par malheur bien insuffisant pour une statistique exacte de l'épidémiologie. 77 départements seulement ont fourni des renseignements, parfois assez peu complets. En dehors de la petite épidémie de peste de Marseille en septembre 1903 (18 cas et 5 décès) qui fut rapidement éteinte, le point important est la variole signalée dans 50 départements. Ceux qui ont payé le plus large tribut à cette affection sont : les Bouches-du-Rhône, le Gard, le Finistère, l'Hérault, la Somme, la Gironde, le Vaucluse, etc. La *varioloïde* n'a été signalée que dans 5 departements.

A.-F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 octobre 1904.

Fracture oblique de l'humérus. Intervention sanglante. Guérison.

M. PICQUÉ fait un rapport sur cette observation de M. Gaudier (de Lille). Il s'agit d'un enfant de 14 ans qui était tombé sur la main et qui s'était cassé l'humérus au niveau du col chirurgical. Le fragment inférieur s'était porté sous la coracoïde et le bras était raccourci de deux centimètres.

Les manœuvres de réduction, même sous le chloroforme, ayant échoué, M. Gaudier est intervenu. Incision antérieure le long du bord du deltoïde : le muscle avait été embroché par le fragment inférieur d'où interposition musculaire. Après reduction, on maintient les fragments au moyen d'une griffe de Tacoel et l'on suture par-dessus le périoste. Extension continue. Le vingtième jour, l'intégrité fonctionnelle était parfaite.

M. PICQUÉ fait un deuxième rapport sur un nouveau procédé pour le traitement de l'hypospadias balanique dû à M. Gaudier (de Lille).

Incontinence nocturne d'urine symptomatique de pyélite et de pyélonéphrite.

M. BAZY fait une communication sur ce sujet. Les caractères distinctifs de cette incontinence sont :

1° L'âge des malades, qui n'est plus celui de l'incontinence essentielle, à moins que celle-ci n'ait persisté depuis l'enfance. 2° La pyurie.

Absence du vagin. Hématomètre et hématosalpinx.

M. PICQUÉ communique cette observation assez rare. La malade présentait des crises douloureuses périodiques. Guérison par l'hystérectomie abdominale.

L'absence du vagin ne se traduit généralement que par de l'hématocolpos.

Rupture utérine par manœuvres abortives. Hystérectomie abdominale sub-totale. Guérison.

M. PICQUÉ présente la pièce.

Tumeur fibro-sarcomateuse développée sur la paroi de la veine fémorale.

M. PICQUÉ a enlevé cette tumeur à un malade, il y a 18 mois. Le diagnostic anatomique, après examen, avait été : fibro-myome. Mais, aujourd'hui, le malade est en pleine récidive et, seule, l'amputation serait indiquée, ce qui confirme la nature sarcomateuse de la tumeur. L. KENDIRDJY.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 8 octobre 1904. — PRÉSIDENCE de M. TISSIER.

La séance est ouverte à 4 h. 45. Le procès-verbal de la dernière réunion est adopté.

A propos du procès-verbal, M. le secrétaire général lit une lettre du Dr Laquerrière demandant de remplacer (page 10 du *Progrès Médical*) les mots : « C'est le courant faradique léger » par cette phrase : « C'est la galvano-faradisation avec courant continu intense et courant faradique très léger de la bobine à fil fin ». Cette rectification sera faite dans le Bulletin de 1904.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE. — Revues et journaux habituels. Plusieurs brochures du Dr Spiridion Kanellis (d'Athènes) : *De la fièvre dysentérique dite pernicieuse.* — *Etude sur la classification des formes de fièvres rémittentes et continues.* — *Contribution à l'étiologie de la fièvre hémoglobinurique bilieuse.*

Lettres circulaires relatives : 1° au Congrès de Médecine qui se tiendra à Lisbonne en 1904 ; 2° au Congrès des Sociétés savantes qui aura lieu à Alger le 19 avril 1905.

Travaux du dispensaire anti-tuberculeux par le Dr Boureille — *Louis Pasteur*, par A. Béchamp. — Discours prononcés à la séance générale du Congrès des Sociétés savantes. — Plusieurs brochures du Dr Massalongo en langue italienne. — *Contribution à l'origine corticale des tremblements* par le même.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE. — 1° Lettre de M. Coudray, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance. 2° Lettre du Dr Spiridion Kanellis (d'Athènes) posant sa candidature au titre de correspondant étranger. Cette candidature est prise en considération. 3° Lettre du Dr Bruch envoyant de petites fiches qui sont distribuées à Tunis, ayant trait à la puériculture. 4° Lettre de M. le Dr Housquains, s'excusant de ne pouvoir lire son travail de candidature. 5° Lettre de M. le Dr Beauvois demandant d'ajourner sa candidature, vu son impossibilité momentanée d'assister aux séances.

6° Dépêche de M. Vidal (parvenue après la séance) s'excusant de ne pouvoir reprendre momentanément ses fonctions de secrétaire, en raison de son état de santé.

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Doléris a été nommé officier de la Légion d'Honneur pendant les vacances et lui envoie ses félicitations.

Prix Duparcque. — Le concours est déclaré ouvert. Après différents échanges de vues, la Société décide que le sujet proposé sera *l'hygiène scolaire* et adopte la rédaction suivante proposée par le secrétaire général, conformément aux règlements :

PRIX DUPARCQUE.

En décembre 1905, dans sa dernière séance (2e samedi), la **Société de Médecine de Paris** décernera le prix Duparcque (*une somme de 1.000 fr. est disponible*) à l'auteur du meilleur mémoire en français sur « l'hygiène scolaire envisagée au point de vue strictement médical. »

Les mémoires, *inédits et non encore récompensés*, devront être déposés au siège de la Société, 12, rue de Seine, ou chez le Secrétaire général, 2, rue Casimir-Delavigne, avant le 1er octobre 1905, dernier délai. — Chaque mémoire sera désigné par une épigraphe ou devise écrite sur la première page, *de la main de l'auteur*, et accompagné d'un pli cacheté : ce pli devra porter **uniquement**, à l'extérieur, la même épigraphe reproduite ; à l'intérieur, le nom et l'adresse de l'auteur.

Tout concurrent qui se serait fait connaître d'une façon quelconque avant l'attribution du prix serait exclu de fait du concours. — Seuls, les membres titulaires et honoraires de la Société ne peuvent être admis à concourir.

Paris, le 8 octobre 1904.

Pour rédaction conforme,
Le Secrétaire général,
Dr F. Buret.

Il est décidé que cette annonce sera tirée à part à 200 exemplaires et envoyée à tous les journaux de médecine et quelques grands quotidiens.

Elections — Le Dr Bozo est élu membre titulaire de la Société à l'unanimité des membres présents.

La séance est levée à 6 heures.

Le secrétaire général, F. Buret. *Le secrétaire annuel*, H. Monel.

REVUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

Rédacteur spécial : Dr A. MALHERBE.

Au moment où va s'ouvrir le huitième Congrès d'Urologie, il n'est peut-être pas sans intérêt de jeter un coup d'œil sur quelques-unes des questions principales qui ont sollicité l'attention des urologistes pendant cette année.

Le bilan de nos connaissances sur les cystites graves a été établi avec talent par les rapporteurs, MM. Imbert et Pasteau. Cette question très difficile est loin d'être épuisée et devra être reprise dans quelques années. Actuellement, c'est la chirurgie de la prostate qui est à l'ordre du jour. Nous ne manquerons pas d'exposer à nos lecteurs les résultats obtenus et publiés dans le prochain Congrès.

I. — Consultations sur les maladies des voies urinaires; par G. de Rouville. (Paris, J.-B. Baillière, 1903.)

Après avoir écrit un volume de consultations chirurgicales et un volume de consultations gynécologiques, M. de Rouville a entrepris d'écrire un volume de consultations sur les maladies des voies urinaires.

Il passe en revue toutes les maladies de l'appareil urinaire dans de très courts chapitres dont voici la disposition. En une vingtaine de lignes imprimées en petits caractères, il résume les conditions étiologiques et les moyens de diagnostic. Dans une seconde partie, imprimée en plus gros caractères et enrichie de nombreuses figures, il donne un résumé très succinct, mais très clair, de la thérapeutique médico-chirurgicale de la maladie étudiée. Pour donner une idée de la condensation des matières traitées, disons que la cystite aiguë et son traitement sont exposés en moins de quatre pages et la cystite chronique en moins de huit pages, figures comprises.

Dans ces conditions, chaque chapitre est pour ainsi dire un catéchisme de chaque maladie, et l'auteur a dû faire son choix entre les divers procédés opératoires pour n'exposer que celui qu'il trouve le meilleur.

Nous ne conseillerions pas à un étudiant de se borner à la lecture de ce livre pour apprendre les maladies des voies urinaires ; mais, comme aide-mémoire, le volume de M. de Rouville peut être vraiment précieux. L'ouvrage est précédé d'une préface due à M. Tuffier.

II. — Chirurgie de l'appareil urinaire, par P. Duval ; *Précis de technique opér. par les Prosecteurs*. (Paris, Masson, 1904.)

Dans un petit livre de 215 pages, M. Pierre Duval expose la technique de toutes les opérations des voies urinaires, depuis la néphrectomie jusqu'à l'uréthrotomie interne.

C'est une partie du cours de médecine opératoire tel que le font les prosecteurs à la Faculté de Paris.

Le volume que nous avons sous les yeux nous paraît très clair et très bien fait.

Les divers temps des opérations y sont exposés avec une précision parfaite et éclairés par de nombreuses figures, en général faciles à interpréter.

Parmi les opérations encore nouvelles, je citerai la prostatectomie décrite d'après les travaux de Gosset et Proust, mais dont la technique est exposée ici d'une manière suffisamment résumée et très facile à comprendre.

Ce livre sera excellent pour revoir la technique d'une opération que l'on n'aura pas encore pratiquée ou que l'on n'aura pas faite depuis longtemps.

III. — La séparation des urines; par Georges Luys. *Préface* par Hartmann. (Paris, Masson, 1904.) — **Le cloisonnement vésical**; par Fernand Cathelin. (*Actualités médicales*. Paris, J.-B. Baillière, 1903.)

Nous avons déjà signalé à nos lecteurs les ingénieux instruments inventés par MM. Luys et Cathelin pour obtenir séparément les urines des deux reins. Sans vouloir donner à l'un de ces deux instruments la supériorité sur l'autre, nous dirons seulement que l'instrument de Luys a pour lui la priorité, la simplicité, le bon marché et la facilité relative de l'application et du nettoyage. En revanche, à moins d'avoir un modèle spécial, on ne pourrait l'appliquer à des vessies très contractées. L'appareil de Cathelin, plus compliqué et plus coûteux, a le mérite de pouvoir s'appliquer à des vessies ne pouvant contenir qu'une vingtaine de grammes de liquide.

La douleur causée par l'application des deux instruments nous a paru à peu près nulle. Il est vrai que nous n'avons fait la division que dans des vessies assez maniables.

Mais ce qu'il convient de proclamer bien haut, c'est l'immense supériorité de ces deux instruments français sur tout ce qui avait été fait à l'étranger dans le but de séparer les urines des deux reins.

Dans un ouvrage considérable sur la séparation des urines paru récemment chez Masson, Luys intitule modestement sa méthode : « Méthode de Luys-Lambotte ». Je ne voudrais pas faire tort au distingué chirurgien de Bruxelles, dont l'esprit inventif s'est manifesté par la production de plusieurs ingénieux appareils, et notamment par l'application d'une très curieuse méthode au traitement des fractures de l'humérus. Mais il faut bien le dire, M. Lambotte a été simplement un précurseur. Or, qu'est-ce qu'un précurseur ? C'est un homme qui a vu que, dans une branche quelconque de l'activité humaine, il y avait quelque chose à faire, qui a montré la voie, qui a même peut-être essayé de la parcourir, mais qui n'a pas pu. Il y avait à prendre dans

l'invention de Lambotte l'idée de la membrane en caoutchouc.

Quant à la manière de s'en servir pour établir un instrument diviseur, le problème a été résolu de manière très différente par Luys et par Lambotte et il serait tout à fait injuste de ne pas reconnaître que Luys a le premier trouvé la solution pratique de la séparation des urines des deux reins. Il est probable d'ailleurs que des perfectionnements seront apportés à ces instruments, dont l'emploi est déjà à la portée de tous les chirurgiens et dont le maniement est moins dangereux et surtout beaucoup plus facile que celui de la sonde urétérale.

IV. — La prostatectomie sus-pubienne. Méthode de Freyer. (Comm. de PROUST au 7e *Cong. d'Urologie*. PROUST et JARVIS, *Presse méd.*, 19 août 1903).

A peine la prostatectomie périnéale avait-elle conquis droit de cité dans la chirurgie qu'elle se voyait déjà disputer la place dans la faveur des chirurgiens par la méthode plus ancienne, mais jusqu'ici bien moins étudiée et réservée surtout aux opérations partielles, de la prostatectomie sus-pubienne.

Sous le nom de méthode de Freyer, Proust a présenté cette opération au dernier congrès d'urologie et R. Harrison nous a montré un certain nombre de prostates enlevées par la voie haute. Voici, en résumé, la technique de l'opération de Freyer.

Après avoir pratiqué une taille sus-pubienne, on introduit un doigt dans le rectum pour repousser la prostate en avant. Sur la saillie la plus élevée que forme la prostate dans la vessie, on pratique une incision ou bien on éraille la muqueuse avec l'ongle. On décolle cette muqueuse avec le doigt et l'on parvient à énucléer un lobe en suivant le plan de clivage limité par la gaine propre à chacun des lobes et la séparant de la gaine commune à toute la glande. On peut enlever le second lobe par la même plaie de la muqueuse. Le lobe moyen n'est, d'après Freyer, qu'une émanation de l'un des lobes latéraux ; par conséquent il vient tout seul par cette méthode operatoire. Il peut arriver que les deux lobes soient soudés ensemble. Alors on enlève d'un seul bloc toute la prostate et la portion prostatique de l'urèthre. Lorsqu'on réussit à enlever les deux lobes séparément, les canaux éjaculateurs sont respectés, tandis qu'ils sont sacrifiés quand la prostate est enlevée en bloc d'un seul morceau. On ne fait pas de suture, mais seulement un bon drainage de la vessie permettant les irrigations à l'eau boriquée qui doivent être faites soigneusement les jours suivants.

La théorie de cette opération est la suivante : La prostate, dit Freyer, se compose en réalité de deux lobes complètement distincts pendant les quatre premiers mois de la vie intra-utérine. Ces deux lobes, en se développant, arrivent à se mettre au contact au-dessus et au-dessous de l'urèthre, formant ainsi une commissure anté-uréthrale et une commissure rétro-uréthrale. Chacun de ces lobes a une gaine propre et l'ensemble est recouvert par une seconde gaine formée par le fascia recto-vésical. C'est entre ces deux gaines que l'on trouve le plan de clivage qui permet d'énucléer successivement les deux lobes. Si la suture des deux lobes est trop solide, c'est alors que l'on arrive à enlever toute la prostate d'un seul coup.

Lorsque les lobes de la prostate s'hypertrophient, ils ne peuvent s'étendre librement qu'en arrière et en haut : en avant, ils sont arrêtés par le pubis ; en bas par l'aponévrose moyenne du périnée. Ils font donc cette saillie parfois énorme que l'on trouve par le toucher rectal et cette saillie en cul-de-poule que l'on aperçoit quand la vessie est ouverte.

Freyer avait enlevé, il y a un an, plus de cinquantes prostates par sa méthode ; il avait opéré des sujets variant de 54 à 79 ans et ses quarante-cinq premières opérations lui avaient donné quarante succès.

Il resterait à comparer cette opération à la prostatectomie périnéale. Nous attendrons, pour peser les mérites des deux opérations, les lumières que le prochain congrès d'urologie, qui aura lieu dans quelques jours, ne manquera pas de nous fournir.

V. — Traitement chirurgical des néphrites médicales ; par POUSSON. (*Actualités médicales*. J.-B. Baillière et fils, 1904.)

L'intervention chirurgicale dans les néphrites dites « médicales » est encore trop peu ancienne pour que l'on puisse dès maintenant fixer les indications et les contre-indications de la néphrotomie ou de la décortication du rein ; aussi peut-il sembler intéressant à nos lecteurs d'avoir une mise au point de la question. Cette mise au point, nous la trouvons dans un petit volume des « Actualités médicales » que vient de publier Pousson, de Bordeaux, qui, le premier en France, a appliqué aux néphrites dites médicales l'opération de la néphrotomie.

Il ne saurait y avoir de doute sur la légitimité d'une intervention chirurgicale dans certaines néphrites aiguës limitées à un seul rein. La néphrite calculeuse, les suppurations rénales de toute nature, surtout si elles sont unilatérales, justifient une intervention. Nul ne conteste plus l'utilité de l'intervention dans les néphrites douloureuses, les N. hémorragiques, les N. compliquées d'accidents urémiques et surtout d'anurie. En ce qui concerne les néphrites proprement médicales, comme le brightisme, l'utilité des interventions reste encore à démontrer et nos collègues les médecins ne sont peut-être encore pas près de faire passer d'emblée leurs brightiques en chirurgie.

Voyons cependant les raisons théoriques qui peuvent recommander une intervention chirurgicale ; nous verrons après les résultats obtenus.

D'abord, il semble prouvé par d'assez nombreuses autopsies que la néphrite est souvent unilatérale, que du moins elle l'est au début. En second lieu, l'influence nocive d'un rein malade sur son congénère paraît établie sur les expériences physiologiques, sur l'observation clinique et sur le résultat heureux de certaines interventions, alors par exemple qu'après une néphrectomie supprimant le rein malade on voyait son adelphe, comme dit Pousson, se piquer au jeu, pour ainsi dire et se mettre à sécréter de belle, bonne et abondante urine. La théorie du réflexe réno-rénal, bien connue de l'école de Necker, c'est-à-dire la congestion réflexe du rein non malade, l'ingénieuse comparaison de R. Harrison exprimée par le mot de « glaucome rénal, » l'idée de compression du rein par sa capsule propre ou, comme l'a pensé Rovsing, par sa capsule adipeuse, tels sont les faits et les idées qui ont armé la main du chirurgien.

On a combattu l'intervention chirurgicale dans les néphrites par les arguments suivants : d'abord, les lésions sont souvent bilatérales et, dans le cas contraire, il est souvent fort difficile de savoir quel est le rein malade. Les interventions sur le rein ne sont pas sans gravité et, dans le cas de succès, il est impossible de savoir si le malade ne se serait pas guéri naturellement en suivant un régime approprié à son état.

Malgré ces raisonnements, s'il est exact, comme beaucoup l'ont admis après Harrison, que la compression, l'étranglement par la capsule, jouent un rôle important dans les néphrites, toute intervention qui lèvera cet étranglement pourra donner un heureux résultat.

Quant à l'argument tiré de la difficulté de reconnaître le rein malade, il ne s'applique pas aux cas où le chirurgien se propose d'opérer les deux reins et, d'autre part, le diagnostic du côté malade est bien plus facile avec les moyens dont nous disposons qu'il ne l'était autrefois.

Les opérations que l'on a pratiquées contre les néphrites médicales sont : la néphrotomie, la néphrectomie partielle ou totale, la néphrolyse de Rovsing, opération qui consiste à libérer le rein de sa capsule adipeuse et enfin la décapsulation rénale, opération d'Edebohls.

La néphrectomie comporte évidemment la notion préliminaire de l'existence et de l'intégrité à peu près complète de l'autre rein. Il a été enlevé déjà trop de reins uniques. La néphrotomie, qui permet le drainage du bassinet auquel Pousson attache une grande importance, convient à des reins très malades et permet, bien mieux que la décapsu-

lation simple, de se renseigner sur l'état du parenchyme. Enfin la décapsulation, dont nous avons longuement parlé en rendant compte du travail d'Edebohls, serait l'opération de choix dans le brightisme.

Les résultats de ces diverses interventions sont très difficiles à apprécier, d'autant plus qu'un certain nombre ont été pratiquées *in extremis*, sur des sujets livrés par le médecin en désespoir de cause et qu'opérer dans ces conditions, c'était vraiment tenter le dieu de la chirurgie qui inflige volontiers de temps à autre un échec à l'opérateur trop audacieux. On l'a bien vu dernièrement quand un très grand homme d'Etat reçut le coup de grâce d'un opérateur germanique.

En résumé, ce qu'il y a d'intéressant dans le sujet mis au point par Pousson, c'est de savoir si, au début d'une maladie de Bright, on a plus de chances de sauver le malade en le traitant par une intervention chirurgicale qu'en le mettant au régime lacté. Pour que nous soyons fixés sur ce point, il faut que beaucoup de brightiques consentent à subir l'opération et que leurs observations soient rapportées avec des détails suffisants. Il y a beaucoup de malades, surtout parmi les hommes, qui aiment mieux mourir que d'accepter le régime lacté. Pour ceux-là, une intervention qui leur permettrait de se guérir avec un minimum de régime serait un véritable bienfait.

VI. — Travaux cliniques de Chirurgie urinaire ; par le Dr Rafin (de Lyon) avec la collaboration du Dr Faysse, son interne. (Lyon, Georg, 1904.)

Le Dr Rafin (de Lyon) a publié avec la collaboration de son interne, le Dr Faysse, une relation de ses travaux cliniques de chirurgie urinaire pendant l'année 1903. Dans cette brochure, les auteurs ne se sont occupés que de trois questions : le cathétérisme des uretères employé comme moyen thérapeutique, la séparation des urines des deux reins et la prostatectomie. Chacune de ces parties comprend un certain nombre d'observations et ensuite un commentaire très serré et très suggestif. C'est ainsi qu'étudiant comparativement la séparation des urines et le cathétérisme des uretères, ils montrent que ces deux moyens d'investigation, loin de s'exclure, se complètent l'un l'autre.

Une analyse détaillée de la brochure du Dr Rafin excéderait les limites de cette revue et nous obligerait à revenir sur des questions déjà traitées. Nous nous bornerons donc à en conseiller la lecture. Presque toutes ses conclusions méritent d'être approuvées. Cependant nous lui ferons une petite querelle au sujet de l'histologie des prostates enlevées et aussi à propos de ses réserves excessives au sujet de l'intervention dans les épithéliomes de la prostate.

On sait, depuis les travaux d'Albarran et Motz, que les hypertrophies prostatiques, que l'on croyait autrefois des myomes comparables à ceux de l'utérus, sont parfaitement bien des hypertrophies glandulaires, soit avec conservation du type (adénome), soit avec déviation du type cellulaire (épithéliome). On sait aussi que morphologiquement ces deux types ne sont pas toujours possibles à distinguer et que le début d'un épithéliome ressemble souvent fort à un adénome. Enfin nous ajouterons que tout épithéliome et même toute tumeur maligne en général a une période de localisation étroite et de benignité relative. Aussi la division que fait Rafin entre le cancer et l'epithéliome adénoïde n'est-elle nullement justifiée. De même en condamnant (p. 343) la prostatectomie pour le cancer prostatique, notre auteur dépasse-t-il le but. En effet, s'il paraît absolument contre-indiqué d'opérer ces grosses prostates adhérentes donnant lieu au type clinique que Guyon appelle *carcinose prostato-pelvienne*, il est au contraire tout indiqué d'enlever une prostate qui donne lieu aux accidents ordinaires du prostatisme, alors même qu'on saurait qu'il s'agit d'un néoplasme malin. Je connais le cas d'un rétentionniste à 400 grammes qui fut opéré dans mon service par le Dr Rivet, qui me suppléait alors. Ce malade sortit absolument guéri de ses accidents, n'ayant que 22 gr. d'urine résiduale et resta près d'un an avec une guérison apparente, après quoi des symptômes de cancer prostatique apparurent à nouveau. On peut donc obtenir un résultat temporaire nullement négligeable même chez des cancéreux et il ne faut pas être trop absolu dans l'établissement des contre-indications à la prostatectomie.

VII. — La radiographie des calculs urinaires ; par le Dr Béclère. (*Congrès d'Angers* de l'A. F. A. S. compte rendu in *Ann. des mal. des org. gén.-ur.*, 1904, p. 1394).

Quand la merveilleuse découverte de Rœntgen permit, chose incroyable jadis et qui nous paraît maintenant toute simple, de voir et de photographier les os à travers les parties molles, les urologistes pensèrent dès l'abord qu'il y aurait là un moyen de voir les calculs vésicaux, leur volume, leur nombre, d'épargner au malade la souffrance de l'exploration au cathéter métallique et de reconnaître même les calculs inaccessibles à toute exploration non sanglante c'est-à-dire les calculs rénaux. Il fallut en rabattre.

Les faits devaient montrer bientôt que ces espérances étaient prématurées et que, comme le dit Béclère, la recherche des calculs urinaires est une des tâches les plus difficiles de l'exploration radiologique, sinon la plus difficile de toutes.

Il est de fait que, quand on parcourt l'article de Béclère et que l'on voit toutes les conditions qu'il faut réaliser pour obtenir une bonne radiographie d'un calcul urinaire, on a l'impression que ce doit être une tâche très ardue.

La compétence nous manque absolument pour apprécier la question de technique et nous ne parlerons ici que des résultats obtenus. Ces résultats sont variables selon l'épaisseur des parties à traverser, c'est à-dire selon que le sujet est gras ou maigre et selon la nature du calcul.

Les éléments chimiques sont d'autant plus aisément révélés par les rayons Rœntgen que leur poids atomique est plus élevé.

C'est pourquoi un calcul d'acide urique, qui ne contient que de l'oxygène, de l'azote, du carbone et de l'hydrogène sera aussi transparent que les parties molles et ne pourra être décelé par les rayons X. Au contraire, un calcul d'urate de chaux sera visible parce que le calcium a un poids atomique très élevé. Il en sera de même des calculs phosphatiques en raison du phosphore qu'ils contiennent.

Il résulte de tout cela, comme conséquences cliniques, que la radiographie devra être appliquée toutes les fois qu'on soupçonnera la présence d'un calcul rénal : si elle est positive, le diagnostic sera certain : si elle est négative, il ne faudra pas conclure à l'absence certaine de calculs, mais les rechercher par d'autres moyens.

VARIA

Les médecins français en Angleterre.

Un groupe de cent trente médecins de Paris et des départements est arrivé à Charing-Cross, le 9 octobre, vers cinq heures du soir, pour faire à Londres une visite de trois jours. Un comité anglais, présidé par sir William Broadbent et ayant sir Thomas Barlow, et J. Dundas Grant comme trésoriers et MM. Dawson Williams et Jobson Horne comme secrétaires, a souhaité la bienvenue à nos compatriotes. Une réception a eu lieu à l'Hôtel Russel.

Voici l'emploi du temps des visiteurs français :

Lundi, 10 *octobre* : Réception au Collège royal des Chirurgiens d'Angleterre ; Visite au Charing Cross Hospital et au Kings College Hospital ; Déjeuner offert par la direction de la revue médicale *The Lancet*, à cinquante des délégués français. L'après-midi : Visites de divers grands hôpitaux ; Le soir : Réception à l'hôtel du docteur Dundas Grant.

Mardi, 11 *octobre* : Visite à l'hôpital français ; Visites des laboratoires de l'université de Londres ; Visite de divers hôpitaux ; Déjeuner offert par le doyen de la faculté de médecine à l'Université de Londres — L'après-midi : Visite de divers hôpitaux.

Mercredi, 12 *octobre* : Visite des laboratoires pour l'étude du cancer ; Visite de l'Institut de médecine préventive Lister; Visite de l'hôpital pour les femmes de Chelsea ; Visite de l'hôpital de Brompton pour les tuberculeux. Le soir : banquet à l'hôtel Cecil.

Au banquet qui a eu lieu, à l'Impérial Restaurant, offert par la direction du *Lancet*, et présidé par M. Wakley junior, assistaient cinquante médecins français. Le Dr Ogilvie, médecin de l'hôpital français de Londres, a souhaité la bienvenue à nos compatriotes ; il a terminé en disant : « Si vous retournez chez vous sans avoir grandement augmenté vos connaissances médicales, vous reverrez en tout cas votre pays avec la ferme croyance en une amitié durable entre vous et vos collègues anglais.

Les docteurs français Championnière, Triboulet, Poirier, Blondel et Montprofit ont successivement pris la parole pour remercier la direction du *Lancet* et le comité de réception anglais.

Le mardi, 11 octobre, les médecins français, guidés par le Dr Vingtras, ont visité l'hôpital français. Le Dr Owen leur a fait les honneurs de la salle d'opération admirablement installée. Une collecte de 700 francs a été faite et remise à l'administration de l'hôpital. Le soir, un lunch a été offert aux visiteurs sous la présidence du doyen de l'université de médecine de Londres, le Dr Butlin, assisté de lady Butlin.

Le mercredi, 12 octobre, les uns ont visité les laboratoires du cancer à Londres, l'Institut Lister de médecine préventive et le grand « London Hospital ». D'autres se sont rendus à l'asile d'aliénés, à Claybury, à quelque distance de Londres. Enfin un autre groupe a visité l'hôpital Edouard VII pour les officiers. Un banquet a été offert aux médecins français à l'hôtel Cecil. Sir William Broadbent, qui présidait, a porté un toast au roi Edouard, en français, et a lu une dépêche du chef de la maison du roi où le roi Edouard félicitait les médecins français de leur voyage. Une dépêche de remerciements a été aussitôt adressée en réponse à cet acte de haute courtoisie.

Sir William Broadbent a porté un toast à M. Loubet. M. Daescher, au nom de l'ambassadeur de France, a fait l'éloge de l'hospitalité généreuse qui caractérise l'Angleterre.

Le Dr Ogilvie a porté un toast aux invités, MM. Lucas-Championnière et Huchard ont répondu. Puis, le vice-chancelier de l'université de Londres a bu à la Faculté de médecine de Paris. Le professeur Poirier et le Dr Chauffard lui ont répondu et ont été vivement applaudis. M. le professeur Poirier a été de la part de l'assistance l'objet d'une ovation. Il a exprimé son admiration pour la parfaite organisation de tous les établissements dus à l'autonomie et à l'initiative privée.

Il a exprimé l'espoir de tous ses collègues de rendre à Paris, à leurs hôtes, l'hospitalité qu'ils venaient de recevoir. Il a terminé en disant : « Permettez-moi, très honorés et chers collègues, de vous convier à tous nous unir dans un sentiment confraternel pour boire, dans un verre anglais rempli d'un vin de France, à la fécondité de notre union contre l'ignorance et la barbarie, contre les misères physiques et intellectuelles, pour le bien et la grandeur de l'humanité ». (*Applaudissements prolongés.*)

Responsabilité chirurgicale.

Au moment où l'un de nos confrères, le Dr Fort, est poursuivi pour des accidents opératoires qui manifestement ne sauraient, aux yeux d'un médecin impartial, mettre en cause sa responsabilité, nous sommes heureux de pouvoir relever dans le supplément de la *Semaine médicale* du 12 octobre l'arrêt suivant :

Dans son audience du 2 août dernier, la chambre des requêtes de la Cour de cassation a rendu un arrêt aux termes duquel : « quand il est déclaré par les juges que, si l'enfant du plaignant s'est trouvé atteint d'une légère difformité, qui, d'ailleurs, pourra s'effacer d'elle-même, à la suite de l'opération de la circoncision qu'il a dû subir dans son propre intérêt, ou ne saurait en rendre responsable ni le docteur chef du service hospitalier où les parents ont conduit l'enfant, malgré qu'il ait eu le tort de confier cette opération à une personne non qualifiée pour la faire, ni cette personne elle-même, l'opération ayant été faite correctement, avec toutes les précautions de la chirurgie moderne, et l'accident ultérieur qui s'est produit étant de ceux auxquels sont naturellement exposés tous ceux qui doivent subir une ablation de cette nature. »

Comme on le voit, cet arrêt consacre la non-responsabilité du chirurgien au cas où une intervention correctement exécutée est suivie de quelque accident : cette décision mérite d'autant plus d'être retenue que, en l'espèce, le chirurgien avait fait opérer à sa place une personne non qualifiée pour le faire.

LES CONGRÈS

Association française d'Urologie (20-22 octobre 1904). — La huitième session se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du 20 au 22 octobre 1904, sous la présidence de M. le Professeur Guyon. Secrétaire général : M. E. Desnos, 59, rue La Boétie, Paris.

Congrès français de médecine ; 7e Session (Paris. 24-27 octobre 1904). — Ce Congrès se tiendra cette année à Paris, du 24 au 27 octobre inclusivement, sous la présidence du professeur Cornil. Pour les renseignements et les communications, s'adresser à M. le Dr Enriquez, secrétaire général adjoint. 8, avenue de l'Alma.

Association française de chirurgie (17e congrès, 17-22). — Le 17e Congrès de l'Association Française de Chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de Médecine, le lundi 17 octobre 1904, sous la présidence de M. le Pr S. Pozzi.

NÉCROLOGIE

M. le Pr GAILLETON

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de Lyon.



M. le Pr Gailleton, de Lyon, vient de succomber aux suites d'une pneumonie infectieuse.

Fils d'un canut (ouvrier tisseur lyonnais), le Dr Gailleton, doué d'une intelligence exceptionnelle, devint successivement professeur des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine et médecin en chef à l'hospice de l'Antiquaille. Ses travaux scientifiques et surtout ses études sur les maladies syphilitiques et cutanées lui donnèrent une réputation méritée. Chef du parti radical lyonnais, il fut élu conseiller municipal, puis maire de Lyon en 1879, lorsqu'on créa dans cette ville une mairie unique, et resta à la tête de la municipalité lyonnaise jusqu'en 1900. Bien que remplacé en 1900 par son confrère, aussi médecin à l'Antiquaille, M. le Dr Augagneur, d'un parti plus avancé, le Dr Gailleton était resté populaire. Aux élections municipales dernières, il avait

été élu au premier tour de scrutin, en tête de la liste radicale dans le deuxième arrondissement de Lyon.

Savant estimé et administrateur habile, fidèle à ses principes, M. Gailleton est mort à soixante-quinze ans. Il était grand-officier de la Légion d'honneur. Rappelons que le 24 juin 1894, lorsque l'anarchiste Caserio frappa mortellement le président de la République Carnot d'un coup de poignard, le Dr Gailleton se trouvait à ses côtés et fut le premier à lui donner ses soins. J. N.

FORMULES

XIV. — Contre la flatulence dans le régime lacté.

Fluorure d'ammonium....... 0 gr. 20
Eau distillée................. 300 gr.

Prendre une cuillérée à soupe de cette solution au milieu de chaque prise de de lait. Albert ROBIN.

Actes et thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Examens de doctorat. — *Lundi 17 octobre 1904.* — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série) : MM. Terrier, Delens, Legueu. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série) : MM. Reclus. Mauclaire, Gosset.
Mardi 18 octobre 1904. — 1er (Sages-femmes) : MM. Poirier, Bonnaire. Demelin.— 5e (Chirurgie, 1re partie. 1re série) : MM. Le Dentu. Schwartz, Hartmann.— 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série) : MM. De Lapersonne. Marion, Auvray.
Mercredi 19 octobre 1904.— 3e (2e partie) : MM. Blanchard, Desgrez, Besançon.— 2e : MM. Gariel, Remy, Gley. — 5e (2e partie) : MM. Déjerine, Gaucher, Legry. — 2e (Sages-femmes) : MM. Pinard. Ribemont-Dessaignes, Lepage.
Jeudi 20 octobre 1904. — 4e (1re série) : MM. Pouchet. G. Ballet, Wurtz. — 4e (2e série) : MM. Gilbert. Dupré, Langlois
Vendredi 21 octobre 1904. — 2e : MM. Ch. Richet, Retterer, Desgrez. — 4e : MM. Landouzy. Thoinot, Wurtz. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série) : MM. Reclus, Lejars, Gosset.— 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série) : MM. Tuffier, Legueu, Cuneo. — 5e (Obstétrique. 1re partie) : MM. Pinard, Lepage, Wallich.
Samedi 22 octobre 1904.— 5e (2e partie) : MM. Hutinel, Widal, Thiroloix. — 5e (Obstétrique, 1re partie) : MM. Bonnaire, Demelin, Potocki.

CLINICAT DE MÉDECINE. — Un concours pour un emploi de chef de clinique médicale et d'un chef de clinique adjoint à la Faculté de Paris, s'ouvrira le jeudi 3 novembre 1904. Se faire inscrire avant le 23 octobre.

NOUVELLES

NATALITÉ DE PARIS. — Du dimanche 25 septembre au samedi 1er octobre 1904. les naissances ont été au nombre de 990, se décomposant ainsi : légitimes 730, illégitimes 260.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 787, savoir : 411 hommes et 376 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) 10 — Typhus exanthématique : 1 Fièvre intermittent et cachexie palustre 0 Variole : 1 Rougeole 0 Scarlatine : 0 — Coqueluche : 4. — Diphtérie et Croup : 3. — Grippe : 2. — Choléra asiatique : 0 Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 4. — Tuberculose des poumons 165 — Tuberculose des méninges : 16. — Autres tuberculoses 6 — Cancer et autres tumeurs malignes : 50. — Méningite simple 18. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 45 — Maladies organiques du cœur : 57. — Bronchite aiguë . 3. — Bronchite chronique : 16. — Pneumonie : 28. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 52. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 4. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 7 ; autre alimentation : 24. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans 4 — Hernies, obstruction intestinale : 10. — Cirrhose du foie : 7. — Néphrite et mal de Bright : 29. Tumeurs non cancereuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 3. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 9. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : 24. — Débilité senile : 30. — Morts violentes : 32. — Suicides : 11. — Autres maladies : 112. — Maladies inconnues ou mal définies : . 11
Mort-nés et morts avant leur inscription : 70, qui se décomposent ainsi : légitimes 48, illégitimes 22.

LÉGION D'HONNEUR. — MM. les Drs P.-H. Raymond (de Paris), Messerer et Peyret (médecins militaires) sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

DÉCORATIONS ACADÉMIQUES. — *Officiers de l'Instruction publique.* — M. le Dr Fabre (de Saint-Rome-de-Tarn).
Officiers d'Académie — MM. les Drs V. Delaunay et M.-A. Roques (de Paris) ; Conchon (de Châtel-Guyon) ; Pont (de Lyon) ; Ratier (de Séreilhac) ; MM. Boidin, Mercadé et J.-Th. Okinczyc (internes des hôpitaux de Paris).
Mention honorable pour acte de courage et de dévouement : M. le Dr O'Followell (de Paris).

BOURSES DE DOCTORAT. — Le concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés de médecine, le 25 octobre. Les régistres d'inscription seront clos le 15 octobre.

HOSPICES CIVILS D'ORLÉANS. — *Concours.* — L'Administration des Hospices civils d'Orléans donne avis que, le mercredi 26 octobre 1904, à 7 heures 3|4 du matin, un concours aura lieu auxdits Hospices pour la nomination d'un chirurgien adjoint à l'Hôtel-Dieu. sous la présidence de l'un des Membres de la Commission administrative des Hospices d'Orléans, assisté d'un Jury médical.
Epreuves. — Les épreuves se composent : 1° De l'examen des titres et travaux des Candidats : 2° D'une épreuve écrite sur un sujet d'anatomie, de physiologie et de pathologie externe. Il sera accordé quatre heures pour cette épreuve ; 3° D'une épreuve clinique chirurgicale pour laquelle il sera accordé vingt minutes pour l'examen du malade, vingt minutes de réflexion et vingt minutes d'exposition du sujet. La question à traiter sera la même pour tous les concurrents ; l'un d'entre eux, désigné par le sort, la tirera dans l'urne dans laquelle auront été jetées les questions adoptées par le Jury en séance secrète.
Conditions d'admission au Concours. — Nul ne peut être admis à concourir s'il n'est Français ou naturalisé Français, âgé de 25 ans révolus et pourvu, depuis une année au moins, du diplôme de docteur en médecine conféré par le Gouvernement français. Les candidats devront : 1° Se faire inscrire au Secrétariat de l'Administration des Hospices d'Orléans, y déposer leur diplôme de docteur en médecine, délivré dans une des Facultés de France, ou, s'ils sont naturalisés, l'autorisation spéciale exigée par l'art. 4 de la loi du 18 ventôse an XI. Ils déposeront également leur acte de naissance et de naturalisation, s'il y a lieu, ainsi qu'un certificat de moralité récemment délivré par le Maire de leur résidence. Le registre d inscription sera clos le 23 octobre 1904, à 5 heures ; à partir de ce jour. l'entrée des Hospices d'Orléans est interdite aux candidats ; passé ce délai, aucune inscription ne sera admise :
2° Avant de concourir. chaque candidat prendra connaissance des règlements relatifs au service médical dans les Hospices d'Orléans et sera réputé, de plein droit. s être engagé, au cas de nomination, à se conformer à tous ces règlements et à tous autres que l'Administration jugerait convenable d'adopter pour le bien du service. Les candidats pourront déposer au Secrétariat leurs titres scientifiques, une note de leurs services ; ces documents seront communiqués au Jury. Le concours est public. Le chirurgien qui sera nommé à la suite du concours entrera en exercice le 1er novembre 1904. La durée des fonctions est de cinq années ; mais le titulaire peut être maintenu par périodes de cinq années, sans nouveau concours. Il n'est accordé aux chirurgiens adjoints aucun traitement, mais ils reçoivent chacun une indemnité de cent francs par an pour leurs déplacements.

ECOLE DE MÉDECINE NAVALE DE BREST. — Par décision ministérielle du 9 octobre 1904, M. le médecin de 2e classe LAFOLIE (A.-J.-E.-A.) du port de Brest, a été nommé, après concours, à l'emploi de prosecteur d'anatomie à l'Ecole de médecine navale de ce port, en remplacement de M. le Dr Lassignardie, qui terminera, le 1er novembre prochain, deux années de présence dans cet emploi.

MÉDECINS SANITAIRES. — Un examen de médecin sanitaire maritime aura lieu à Paris, le mercredi 9 novembre 1904. — Se faire inscrire au bureau de l'hygiène publique du ministère de l'intérieur.

LES ÉPIDÉMIES. — La fièvre typhoïde a éclaté à Cluses ; une vingtaine de cas ont été constatés parmi la population et quinze parmi les dragons, qui viennent de rentrer à Chambéry. La rentrée des écoles communales et de l'école nationale d'horlogerie a été retardée.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr MARTIN, médecin chef de l'hôpital militaire de Chambéry ; de M. le Dr MIGNOT, de Gouzeaucourt (Nord) ; de M. le Dr DUHAMEL, interne à l'asile d'aliénés de Montdevergnes, décédé le 9 septembre 1904, à l'âge de 27 ans, à la suite d'une longue et douloureuse maladie.

Chronique des hôpitaux.

Concours de l'internat. — Le concours de l'internat pour 1905 commencera le 19 décembre prochain. — Se faire inscrire tous les jours, de 11 heures à 3 heures, du 2 au 30 novembre inclusivement.

Concours de l'externat. — Le jury est composé de MM. Roubinovitch, P.-H. Papillon, Léon Bernard, Gasne, Gosset, Rudaux, Lenormant, Herbet.

Hôpital Cochin. — Une enquête est ouverte pendant 15 jours, à la mairie du XIVe, sur le projet d'agrandissement de l'hôpital Cochin.

Conférence de l'externat. — Deux internes des hôpitaux commenceront le 1er novembre, une conférence privée d'externat, à nombre limité. S'adresser à la salle de garde de l'hôpital Necker.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies des organes génito-urinaires.

Livres en vente au *PROGRÈS MÉDICAL*

BASEILHAC. Traité sur la lithotomie. 1 vol. In-8° de 368 pages, 1804. Edition de Gabon. Prix.............................. 10 fr.
BAZY (P.). De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie chez l'homme. In-8 de 86 pages. Edition Doin de 1883. Prix.............................. 1 fr. 50 c.
BERLIN. Le lavage de la vessie. In-8 de 16 pages. Edition Gauthier, de Nice 1889. Prix.............................. 0 fr. 50 c.
BERLIOZ (A.). Recherches cliniques et expérimentales sur le passage des bactéries dans l'urine. 1 vol. In-8° de 146 pages. Edition Doin de 1887. Prix.............................. 2 fr.
BOISSARD (Al.). Etude sur les troubles de la miction se rattachant aux divers états physiologiques de l'utérus. Un volume in-8 de 116 pages. Edition Delahaye de 1883. Prix.............................. 1 fr. 50 c.
BRAQUEHAYE (J.). De la valeur de l'électrolyse linéaire dans le traitement des rétrécissements de l'urètre. In-8 de 26 pages. Edition Féret, de Bordeaux, 1890. Prix.............................. 0 fr. 50 c.
CIVIALE (J.) Collection de calculs urinaires et d'instruments de chirurgie Un volume in-8 de 80 pages. Edition J. Rothschild de 1869. Prix.............................. 1 fr. 50 c.
DEBIERRE (Ch.). Développement de la vessie, de la prostate et du canal de l'urèthre. Un volume in-8 de 104 pages. Edition Doin de 1883. Prix.............................. 1 fr. 50 c.
DELEFOSSE. Uréthrotomie externe pour deux rétrécissements, puis cathétérisme rétrograde avec taille hypogastrique, guérison. In-8 de 32 pages. (Extrait des *Annales des maladies des organes génito-urinaires de* 1889). Prix.............................. 0 fr. 50 c.
DEMARQUAY (J.-N.). Maladies chirurgicales du pénis. 1 vol. In 8° de 628 pages avec planches. Edition Delahaye de 1877. Prix.............................. 8 fr.
DUBOURG (Elisée). Recherches sur l'amylase de l'urine. In-8° de 58 pages. Thèse de Paris. Prix.............................. 1 fr.
FÉLIZET (G.). De la circoncision, indication et manuel opératoire. Un volume in-8 de 48 pages. Edition Masson de 1891. Prix. 0 fr. 75 c.
GUILLON (J.-G.). Contribution à la chirurgie des voies urinaires. Un volume in-8 de 234 pages. Edition J.-B. Baillière de 1879. Prix.............................. 3 fr.
GUYON (Félix.). Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. Un volume in-8 de 998 pages. Edition J.-B. Baillière de 1881. Prix.............................. 10 fr.
GUYON Félix). — Eléments de chirurgie clinique. 1 vol. in-8 de 672 pages. Edition J.-B. Baillière de 1873. Prix.............................. 8 fr.
GUYON (Félix). — Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate. 1 vol. In-8 de 1112 pages. Edition J.-B. Baillière de 1888. Prix.............................. 12 fr.
GUYON (Félix). — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. 1 vol. in-8 de 1084 pages. Edition J.-B. Baillière de 1885. Prix.............................. 12 fr.
GUYON (Félix). — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. Tome 1 et 3 In-8 de 660 pages chaque. Edition J.-B. Baillière de 1894 à 1897.............................. 12 fr.
HENROTAY (J.). Un fœtus pseudencéphalien anorchide. In-8° de 6 pages. Extrait des *Ann. de la Société de Médecins d'Anvers*, 1896. Prix.............................. 0 fr. 50
LAVAUX (J.-M.). Du lavage de la vessie sans sonde à l'aide de la pression atmosphérique, ses usages, son application au traitement des cystites douloureuses. Un volume in-8 de 146 pages. Edition Steinheil de 1888. Prix.............................. 2 fr.

MARTINEAU. Leçons sur la vaginite non blennorrhagique. In-8 de 44 pages. Edition Delahaye de 1884. Prix.............. 0 fr. 75
MONVENOUX (F.). Les matières grasses dans l'urine. Deux volumes in-8 de 512 pages chacune. Edition Masson de 1884. Prix. 6 f.
NORSTRØM (G.). Massage dans les affections du voisinage de l'utérus et de ses annexes. Un volume in-8 de 142 pages. Edition Babé de 1892. Prix.. 2 fr.
PASQUIER. Observation d'électrolyse linéaire pour un rétrécissement de l'urèthre. In-8° de 8 pages. Extrait du *Bull. méd.* du Nord. Prix.. 0 fr. 50
POLAILLON. Quelques considérations sur le traitement du cancer de l'utérus. In-8 de 40 pages. (Extrait des *Annales de gynécologie de* 1882). Prix.. 0 fr. 75 c.
POUSSON (Alfred). Traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie. Un volume in-8 de 156 pages. Edition Steinheil de 1889. Prix. 2 fr.
REGINALD HARRISON. On some recent advances in the surgery of the urinary organs. In-8 de 30 pages. Edition Churchill de Londres de 1883. Prix.. 0 fr. 50 c.
RELIQUET. Rétrécissements péniens compliqués de cowpérites suppurées, uréthrotomie interne. In-8 de 14 pages. (Extrait de l'*Union médicale de* 1887). Prix.. 0 fr. 50 c.
REYBARD (J.-F.). Traité pratique des rétrécissements du canal de l'urètre. 1 vol. In-8° de 600 p. Edition Labbé de 1853. Prix. 8 fr.
ROY (M.-J.). La tunique vaginale préexiste-t-elle au testicule dans le scrotum? In-8 de 16 pages. Edition Manceaux, de Bruxelles. Prix. 0 fr. 50 c.
THOMPSON (Henry). Leçons sur les tumeurs de la vessie. Trad. Jamin. Un volume in-8 de 248 pages. Edition J.-B. Baillière de 1885. Prix.. 3 fr.
TRIPIER (A.). Voltaïsation uréthrale. In-8 de 16 pages. (Extrait de la *Revue internationale d'Electrothérapie de* 1891). Prix. 0 fr. 50 c.
VLACCOS (De). De la suture primitive de la vessie à la suite de la taille hypogastrique. In-8 de 64 pages. Edition Jouve de 1891. Prix. 1 fr.
WALLICH (Victor). Recherches sur les vaisseaux lymphatiques sous-séreux de l'utérus gravide et non gravide. In-8 de 54 pages avec planches. Edition Steinheil de 1891. Prix.................. 1 fr.

BURET (F.). **Du diagnostic de l'ectopie rénale.** Volume In-8 de 92 pages. — Prix : 3 fr — Pour nos abonnés.............. 1 fr.
CAPITAN (L.). **Recherches expérimentales et cliniques sur les albuminuries transitoires.** Brochure in-8 de 150 pages. Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés.............................. 2 fr.
FÉRÉ (Ch.) **Du cancer de la vessie.** Un volume in-8 de 144 pages. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés.............................. 1 fr.
KUCHARZEWSKI (H.). **Un cas de blennorrhagie compliqué de rhumatisme, de troubles nerveux et d'iridocyclite.** Brochure in-8 de 8 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés...... 35 c.
MONOD (E.). **Etude clinique sur les indications de l'uréthrotomie externe.** Un volume de 168 pages, avec un tableau. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés.............................. 2 fr.
PICARD (H.). **Des sondes et de leurs usages.** Brochure in-8 de 16 pages. — Prix.. 75 c.
PICARD (P.). **Des bougies et de leurs usages.** Brochure in-8 de 11 pages, avec 24 figures. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés. 50 c.
PICARD (H.). **Des lithotriteurs et de leurs usages.** Brochure in-8 de 19 pages, avec 18 figures.—Prix : 75 c.—Pour nos abonnés 50 c.
POINSOT (G.). **Contribution à l'histoire clinique des tumeurs du testicule.** Brochure in-8 de 28 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés.. 70 c.
RELIQUET. **Persistance du canal de Muller (Hydronéphrose du rein et de l'urètre droits, pyélo-néphrite calculeuse du rein, gauche très hypertrophié).** Brochure in-8 de 23 pages, avec 3 figures. Prix : 75 c. — Pour nos abonnés.................. 50 c.
RELIQUET et GUÉPIN. **Faux rétrécissements de l'urèthre.** Brochure in 8 de 46 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. 70 c.
SINETY (de). **Des inflammations qui se développent au voisinage de l'utérus considérées surtout dans leurs formes bénignes.** Brochure in-8 de 16 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. 35 c.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES, CLERMONT (OISE).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

3e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XX. N° 43. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 22 OCTOBRE 1904

Le Progrès Médical

NUMÉRO DES ÉTUDIANTS

Nous prions instamment toutes les personnes auxquelles nous avons demandé des renseignements destinés au NUMÉRO DES ETUDIANTS, *de nous les adresser* **avant le 25 octobre**, *ce numéro devant paraître le 5 novembre.*

PATHOLOGIE MÉDICALE

Le Rhumatisme ; Pathogénie et traitement ;

Par le **Dr PÉNIÈRES**,
Professeur à la Faculté de Médecine de Toulouse.

Une observation déjà ancienne et très intéressante publiée par Albert Robin avait excité vivement notre attention. Il s'agissait d'une plaie pénétrante de la vessie qui avait été le point de départ d'un rhumatisme articulaire aigu, généralisé. En rapprochant cette observation de celles de certains rhumatismes fébriles, polyarticulaires, qui surviennent quelquefois au cours de la gonorrhée, avec tout l'appareil symptomatique du rhumatisme aigu légitime, nous nous étions arrêté, *a priori*, à cette idée, qu'une lésion de l'arbre génito-urinaire était un facteur important, indispensable même, dans la genèse du rhumatisme.

Pour ce qui est du rhumatisme blennorrhagique, le fait est indéniable. Il est toujours précédé d'une uréthrite, souvent même d'une cystite. La blennorrhée, appelée goutte uréthrale, avait bien été signalée comme prodrome de la goutte, mais les lésions des voies urinaires supérieures dans le rhumatisme classique avaient été passées sous silence ou méconnues. Lebert, Sénator, avaient signalé à titre de rareté la cystite aiguë, mais ils n'avaient pas attribué. à leur véritable cause, ces cystites atténuées si fréquentes cependant dans le rhumatisme, et qui se manifestent par de la dysurie, de l'incontinence ou de la rétention, des mictions fréquentes, de l'irritation vésicale, et des changements de coloration du liquide urinaire à l'émission. Pour ce qui est des lésions du rein et de l'uretère, les autopsies manquent ou sont peu nombreuses, et leur histoire reste incomplète. On connaît cependant les néphrites rhumatismales, et Lancereaux a décrit une néphrite épithéliale légère, qui n'aurait sur le développement de la néphrite interstitielle qu'une action très restreinte et indirecte. Quant aux lésions de l'uretère et de son réservoir supérieur, on n'a guère appris à connaître que les pyélites et les urétérites venant compliquer une gravelle antérieure. Sydenham est le premier auteur qui ait entrevu l'urétérite rhumatismale. Il parle d'une douleur violente qui simule la colique néphrétique, qui s'étend le long des uretères vers la vessie, et qui survenant au cours d'un rhumatisme, peut durer autant que le rhumatisme lui-même.

Un fait intéressant à noter, c'est que ces lésions plus ou moins réparties sur l'arbre génito-urinaire, ne paraissent pas d'une manière générale s'attaquer aux parenchymes ; elles affectent plus spécialement les épithéliums, les frappent de déchéance, préparent leur chute et leur élimination. La desquamation épithéliale une fois faite, la porte est ouverte aux résorptions, à l'empoisonnement du sang, si une toxine se trouve dissoute dans le liquide qui baigne les voies urinaires. C'est une auto-intoxication qui va se produire, et le drame qui éclatera, la réaction qui secouera l'organisme, sera d'autant plus intense que les voies de l'absorption seront plus larges ou le poison plus violent.

Cette conception de l'empoisonnement du sang dans le rhumatisme est en germe dans certains auteurs anciens. Quand l'humorisme ancien fut battu en brèche par l'esprit critique de la renaissance, certains auteurs, entre autres Fernel, F. Plater, Paracelse, etc., admettaient l'existence d'une altération sanguine à l'origine de la podagre et de l'arthritis, suite d'une élaboration vicieuse des aliments de la rétention dans le sang d'une humeur excrémentitielle qui sortira des vaisseaux par exsudation, et deviendra l'origine et la matière d'une fluxion. Maladie par rétention disait Bouchard. A. Paré parle d'une matière virulente, très subtile et très venimeuse. Sylvius admet qu'il se forme dans le pancréas un ferment fébrile qui pénètre dans le sang et allume la fièvre. Pour Ch. Lepois, ce n'est pas le pancréas qui fournit l'humeur peccante mais bien la rate.

De nos jours, la théorie infectieuse, qui admet que le rhumatisme aurait pour cause l'introduction dans l'économie d'un microorganisme, compte de nombreux partisans qui se basent pour soutenir leurs idées sur des raisons cliniques et des hypothèses bactériologiques.

Cliniquement, le rhumatisme se comporte comme une maladie infectieuse, septicémique. Son début brusque, en pleine santé, chez ceux qui ont le genou vert, dit Sydenham, l'hyperthermie, les sudations profuses, l'état général, l'albuminurie, les complications viscérales et surtout cardiaques, militent en faveur de cette pathogénie. Mais jusqu'ici la bactériologie n'a apporté aucun fait positif. Klebs, en 1874, admettait l'existence chez les rhumatisants de microorganismes, de monadines qu'il considérait comme les agents pathogènes de cette maladie ; puis Wilson, Leyden, Achalme, décrivent des microbes différents les uns des autres ; tantôt il s'agit d'un microcoque, tantôt, comme dans le cas d'Achalme d'un bacille anaérobie se développant dans le liquide péricardique, dans le sang des cavités cardiaques.

Outre ces agents hypothétiques, plusieurs auteurs ont trouvé dans le rhumatisme des microorganismes vulgaires pyogènes : Birsch-Hirschfeld dans cinq cas de rhumatismes, tantôt des streptocoques ; tantôt des staphylocoques ; Bouchard et Charrin, le staphylocoque blanc ou doré ; le coli-bacille ; Sahlé le staphylocoque citrin. Ce polymorphisme démontre que le microbe pathogène du rhumatisme n'est pas encore trouvé.

Cependant l'intoxication est démontrée par la clinique, elle est évidente, et si le microscope est impuissant à faire la lumière sur la cause du rhumatisme, il faut la chercher ailleurs.

Le problème à résoudre se posait pour nous dans les termes suivants : 1° le poison, à défaut de microorganismes, laisse-t-il dans le sang des traces de son passage ? 2° d'où vient-il ? 3° par quelle voie s'introduit-il dans la circulation ?

L'anatomie et la physiologie pathologiques vont nous aider à résoudre la première partie du problème.

On a décrit depuis longtemps les caractères particuliers que présente le sang des rhumatisants, et Sydenham, le premier, le compare au sang des pleurétiques. En effet, le sang de la saignée se prend en un caillot de petit volume recouvert par une membrane résistante, de coloration jaunâtre ; cette couche n'est autre chose que la fibrine augmentée de quantité (4 à 10 pour 1.000, Andral et Gavarret). Cette augmentation considérable de la fibrine se montre sous forme de réseaux abondants lorsqu'on examine une goutte de sang au microscope. Ce caractère seul a permis à Hayem de reconnaître, avant l'apparition d'arthropathies, un cas de rhumatisme grave dont le diagnostic eût été impossible. Cette fibrine se retrouve sous forme de flocons, de filaments dans toutes les lésions du rhumatisme, dans les exsudats de l'arthrite, de la pleurésie, de la péricardite rhumatismales. Mais là où elle apparaît avec le plus de netteté, c'est dans les dépôts valvulaires de l'endocardite. Ces caillots, dit Ch. Robin, sont produits par des dépôts fibrineux qui se forment graduellement. En les examinant au microscope, on voit qu'ils ont l'état fibrillaire, tandis que d'autres fois la fibrine est déjà passée à l'état homogène grenu ou non. Les bruits du cœur, dit Grisolle, parlant de l'endocardite, paraissent être dans quelques cas complètement indépendants d'un travail inflammatoire. Ils semblent se rattacher à la formation spontanée de caillots fibrineux sans endocardite. C'est, dit-il, ce que l'autopsie lui a révélé !

Ziegler (Congrès de Wiesbaden, 1888), considère les végétations de l'endocarde comme le produit d'une thrombose fibrineuse. Elles ne seraient que secondairement envahies par la prolifération du tissu endocardique sous-jacent, et G. Sée, adoptant cette manière de voir, propose de remplacer le mot endocardite par celui d'endocardie, plus conforme à la nature non inflammatoire de la lésion. C'était l'opinion de Laënnec, de Fuller, de Simon.

Quelle est la cause de ces dépôts fibrineux, de ce dédoublement du sang sur l'homme vivant, de la formation de cette fibrine, qui, d'après l'opinion admise aujourd'hui, constitue un déchet, une matière morte, qui, une fois passée à l'état solide, ne pourra plus se dissoudre et reprendre la forme liquide, mais devra s'éliminer par regression, si avant de disparaître molécule à molécule, elle n'est pas entraînée par le courant sanguin, pour aller oblitérer, loin du cœur, quelque branche artérielle ? La physiologie du sang va nous fournir l'explication de ce phénomène.

La fibrine n'existe pas toute formée dans le sang normal. Elle apparaît, on pourrait même dire, elle se précipite, au moment de la coagulation, dans des conditions qui ont été bien définies par Alex. Schmidt, puis par Hammarsten, Pekelharing, par A. Gautier. D'après Schmidt, la coagulation est due à ce que deux substances juxtaposées, préexistantes dans le sang, le fibrinogène et le fibrinoplastique, viennent à s'unir dans certaines conditions, en particulier sous l'influence d'un ferment spécial, le ferment de la fibrine. Le plasma renfermerait donc trois substances qui concourent à former la fibrine, à déterminer la coagulation du sang. Ce fibrin-ferment a pu être isolé par Schmidt et Hammarsten sous la forme d'une poudre qui, broyée dans l'eau, communiquerait à l'eau la propriété de faire coaguler les liquides fibrinogènes. Il se formerait ainsi au sein du plasma sanguin, un peu avant la coagulation, un ferment spécial, un fibrin-ferment qui déterminerait la formation du coagulum aux dépens du fibrino-plastique et surtout du fibrinogène préexistants dans le sang ; pas de ferment, pas de coagulum. Dès que le sang sort des vaisseaux, le ferment se forme, et le sang se coagule. Il se coagule même dans les vaisseaux d'un animal vivant, si on y injecte ce ferment (Schmidt), ou si certaines causes favorisent son développement.

Ce ferment, cette thrombine, comme on l'a appelé, se formerait aux dépens des globules blancs et des globules rouges. Ce qui est bien certain, c'est que l'hémoglobine dissoute favorise la coagulation du sang. Ce point a été noté par tous ceux qui se sont occupés de la question, Il y aurait donc une corrélation entre la destruction globulaire et l'apparition du ferment. Ce dernier serait-il la cause ou l'effet de cette destruction ? Nous pensons qu'il est l'agent principal de cette dissociation de globules rouges, et de l'anémie aiguë qui frappe les rhumatismes fébriles.

Il est donc bien démontré que ce ferment est le facteur nécessaire, indispensable de toute coagulation ; là où le ferment n'intervient pas, il n'y a pas de coagulum, et Schmidt et Hammarsten ont prouvé que la quantité de fibrine produite dans une liqueur fibrogénée augmente avec la quantité de fibrin-ferment agissante. Il est démontré également que cette coagulation qui

se produit spontanément sur le sang sorti des vaisseaux, peut se montrer avec plus de rapidité encore, sur le vivant, si ce ferment est introduit dans le sang. Qu'on injecte, par exemple, un peu de fibrin-ferment dans le sang resté fluide d'une anse vasculaire prise à un cheval ou quelqu'autre animal, le sang se coagulera aussitôt, et cette coagulation sera accompagnée d'un dégagement de chaleur appréciable (quelques dixièmes de degré).

Ce fibrin-ferment serait-il le seul agent capable de déterminer le coagulation? Une expérience déjà ancienne de Buchanan (1845) démontre que d'autres ferments peuvent produire les mêmes résultats. Il avait observé que, tandis que le sérum du sang et la sérosité de l'hydrocèle ou de l'épanchement pleurétique ne se coagulent pas spontanément, il suffit de les mélanger pour produire un coagulum. Ici, une toxine remplacerait, se substituerait comme effet au fibrin-ferment.

Il résulte de ce que nous venons de dire, et nous ne saurions trop y insister, qu'un ferment est indispensable pour la formation du coagulum et que chaque fois que de la fibrine apparaît dans le sang, on peut affirmer que sa présence est due à l'action de ce ferment.

Faisant l'application, au rhumatisme, de ces notions, de ces faits bien démontrés, ne sommes-nous pas conduits à admettre que l'hyperinose constante, les dépôts fibrineux qu'on rencontre dans le cœur, dans les liquides articulaires et pleuraux des rhumatisants n'ont d'autre origine que l'intoxication du sang par un ferment ayant une grande analogie avec le fibrin-ferment de Schmidt. La fibrine déposée représente la réaction de ce ferment sur le sang, elle en révèle la présence. Elle sera d'autant plus abondante que la quantité de ferment sera plus grande. Ainsi deux éléments nouveaux apparaissent dans le sang des rhumatisants : de la fibrine d'abord, en second lieu, un ferment.

C'est ce ferment qui, selon nous, agissant comme un poison, comme une toxine, serait l'agent de la septicémie rhumatismale. C'est lui qui, apparaissant avec fracas dans la circulation, allumerait la fièvre en provoquant l'hyperthermie et un état général grave. En même temps qu'il amènerait les coagulations fibrineuses, il serait la cause de l'anémie profonde et rapide qui frappe les rhumatisants par son action destructive des globules rouges. Il se forme, en effet, en partie aux dépens de leur substance, et leur dissolution accomplie, l'hémoglobine surajoute son action à la sienne pour déterminer les formations fibrineuses, de telle sorte que ces deux actions du ferment sur le sang, déglobulisation et coagulation, seraient simultanées et contemporaines, on pourrait dire conjuguées.

Est-ce que la production de la fibrine, la présence du ferment, la destruction globulaire sont les seules lésions du sang qu'on puisse trouver dans le rhumatisme ? Nous ne le pensons pas. Nous estimons que la perturbation causée dans la masse sanguine par le dédoublement, le changement d'état de certains de ses éléments, peut expliquer un des phénomènes habituels du rhumatisme, les fluxions quelquefois si considérables et les épanchements abondants des séreuses.

Le sang est un tout complexe dont les divers éléments vivent dans une dépendance obligée les uns vis-à-vis des autres. Les changements moléculaires qui peuvent survenir dans certaines unités rompent l'équilibre de l'ensemble et amènent une perturbation dans toute la masse. Le sérum, pour ne parler que de lui, renferme, outre ses sels, de la plasmine constituée par le mélange de deux substances, le fibrino-plastique et le fibrinogène ou fibrine concrète de Denis. C'est le fibrinogène qui, sous l'influence du ferment formera la fibrine. Or, le plasma s'étant dédoublé par la coagulation d'une certaine quantité de fibrine, une partie du fibrinogène a disparu, et la partie conjuguée du plasma et du sérum, qui était liée biologiquement, à la substance fibrinogène avant sa transformation solide, ayant perdu son élément le plus important, le sang a cessé, pour une partie de sa masse, de former un tout harmonieux et conforme à sa destinée. Il est devenu plus fluide, il a perdu l'équilibre de ses éléments. Cette partie du sérum défibrinée n'est-elle pas destinée à disparaître, à obéir aux lois de la vie, à sortir des vaisseaux par dialyse pour aller injecter au loin les espaces conjonctifs au niveau des points plus particulièrement frappés par le rhumatisme ? à former des dépôts séreux dans les articulations et dans les séreuses viscérales ; à déterminer ces fluxions, ces œdèmes, ces épanchements, que les successeurs de Fernel, Charles Lepois et Mercado, avaient appelé, avec beaucoup de vérité, des inondations séreuses ?

Tout porte à le croire, Gannal, étudiant la sérosité des épanchements pleuraux, découvrit un élément qui était inconnu avant lui. Il l'isola, et lui donna le nom d'hydropisine, pour marquer son origine. Il s'appelle aujourd'hui le fibrino-plastique. Nous en avons parlé : on le rencontre dans les épanchements des séreuses, noyé dans une sérosité défibrinée, et il est bien probable que c'est parce que le serum a perdu son fibrinogène que l'épanchement a pu se produire.

(*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La loi de 1902 et les Stations hydrominérales.

Les eaux minérales françaises ont une renommée universelle, justifiée par leurs qualités et par leurs variétés et constituent une partie importante de la richesse nationale. Elles bénéficient en ce moment de la vogue qui, de toutes parts, amène les malades dans les stations hydrominérales, mais elles sont loin d'atteindre le développement prodigieux qu'ont pris récemment les villes d'eaux allemandes, grâce à l'effort des syndicats locaux joint au concours actif et éclairé de l'administration supérieure.

En France, au contraire, la fortune croissante des eaux minérales paraît se faire contre le gré des pouvoirs publics. Alors que, depuis plusieurs années, les médecins d'eaux réclament la transformation hygiénique de leurs stations et l'établissement d'une police sanitaire, le parlement a voté en 1902 une loi sur la protection de la santé publique où il est à peine question des villes d'eaux et où leurs intérêts les plus grands sont manifestement négligés. On peut dire sans exagération que le gouvernement ne s'est occupé sérieusement des eaux minérales qu'en 1890, époque où le ministre des finances d'alors, M. Rouvier, avait établi un projet d'impôt sur elles et sur les spécialités pharmaceutiques (1) !

(1) Voir la brochure très documentée de M. Bourneville. « L'impôt sur les spécialités pharmaceutiques et les eaux minérales. » Paris, au *Progrès médical*, 1890.

La question de l'organisation de la police sanitaire des établissements thermaux et des stations climatériques a été posée pour la première fois au Congrès de Biarritz, en 1886, par le Dr Bouloumié, qui l'a reprise à la Société d'Hydrologie médicale de Paris, à la Société de médecine publique et d'hygiène, au Congrès de Clermont-Ferrand et au Congrès de Liège. M. Bechmann et M. Philbert, faisaient en même temps des communications analogues l'un à la Société de médecine publique et d'hygiène, l'autre au Syndicat des médecins des stations thermales et climatériques.

Le Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie médicales tenu à Liége en 1898 avait nommé une commission internationale chargée d'examiner les moyens pratiques de faciliter l'usage des eaux thermo-minérales au plus grand nombre et composée de MM. Beissel, Bouloumié, Desbleumortiers, avocat, Félix Firket, ingénieur des mines.

Le rapporteur de cette commission, M. Bouloumié, a fait au Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie de Grenoble (1902) un remarquable rapport sur les mesures légales à prendre pour sauvegarder l'exploitation des eaux thermales et minérales.

Après avoir proposé diverses mesures de sauvegarde, telles que l'extension du périmètre de protection en rapport avec les conditions géologiques, l'exonération d'impôts et la répression des concurrences déloyales, le rapporteur insistait sur la nécessité d'organiser une police sanitaire efficace. Il proposait de nommer une *commission sanitaire* composée des médecins de la station, du maire et du directeur de l'établissement. Le deuxième organe de cette police sanitaire aurait été composé de l'ingénieur des mines et du représentant de l'hygiène publique du département ; le troisième, délégué par le Conseil supérieur d'hygiène publique, serait intervenu en cas de conflit.

Ces conclusions (1) étaient, après rapport favorable du Dr Gaston Graux, adoptées à l'unanimité à la séance solennelle de clôture du Congrès et envoyées à tous les gouvernements des nations représentées.

Il est d'ailleurs des pays où la police sanitaire fonctionne dès à présent. C'est ainsi qu'en Allemagne, il existe dans les villes d'eaux une commission sanitaire composée du médecin-inspecteur, du directeur de l'établissement et d'autres personnes compétentes. Un agent du gouvernement fait des inspections fréquentes en présence de la commission. L'isolement est imposé en cas d'épidémie, et la désinfection obligatoire sous peine de poursuites.

En Hongrie, les stations où viennent plus de trois cents baigneurs par an possèdent un *commissaire des bains*, qui surveille l'application des règlements de police sanitaire en même temps qu'il est chargé de la sûreté générale. De plus, chaque établissement a son *inspecteur des bains*, choisi par le concessionnaire et approuvé par le Préfet du Comitat. Il est le représentant sanitaire pour tout ce qui concerne l'hygiène.

L'inspection sanitaire est faite dans le Portugal par des agents du gouvernement (loi du 30 sept. 1892, règlement du 5 juillet 1894). Ce sont, d'une part, les conseillers supérieurs des travaux publics et des mines et les ingénieurs des mines, et d'autre part, le comité consultatif de la santé publique et les délégués de santé des districts administratifs (médecins-inspecteurs de 1re classe et de 2e classe).

L'Angleterre, la Belgique et la Russie n'ont pas de règlements sanitaires particuliers pour les stations hydrominérales. L'Italie ne possède pas de police sanitaire.

La loi sur la protection de la santé publique votée en 1902 ne renferme qu'un *seul* article relatif aux villes d'eaux :

Art 19 (2e alinéa) : Dans les villes de 20.000 habitants et au-dessus, et dans les communes d'au moins 2.000 habitants qui sont le siège d'un établissement thermal, il sera institué, sous le nom de *Bureau d'Hygiène*, un service *municipal* chargé, sous l'autorité du *maire*, de l'application de la présente loi (1).

Il est intéressant de constater que cet article ne fut voté que sur la proposition de MM. Pozzi et Strauss, sénateurs. On ne devait créer auparavant un Bureau d'hygiène que dans les villes de 50.000 habitants et au-dessus (2).

Un grand nombre de villes d'eaux ne seront pas tenues d'en posséder : c'est ainsi que Cauterets, qui a *neuf* établissements et 18 médecins et où l'on soigne la tuberculose pulmonaire, n'en aura pas n'ayant pas 2000 habitants (3).

Sur plus d'une centaine de stations hydrominérales, 33 seulement posséderont un bureau d'hygiène.

Deux villes seulement ont plus de 20.000 habitants et y auront droit du fait seul de leur population : Ce sont Aix-en-Provence (29.400 hab.) et la Mouillère située sur le territoire de Besançon, qui possède 55.000 hab.

Il y a 5 stations de 10 à 15000 hab. : Biarritz, Saint-Amand (Nord), Vichy, Dax, Bagnères-de-Bigorre.

Provins, Aix (Savoie) Digne, Thonon, Salins (Jura), Salies-de-Béarn, Luxeuil, Cransac (Aveyron), possèdent de 5 à 10.000 hab.

Huit stations ont de 3 à 5.000 habitants : Bourbonne-les-Bains, Bourbon-Lancy, Luchon, Enghien, Vals, Bourbon l'Archambault, Evaux, Cusset.

Entre 2 et 3000 habitants nous trouvons Allevard, Bussang, Cambo, Laruns (Eaux chaudes), le Mont-Dore, Néris, Saint-Gervais, Bains-les-Bains, Vic-le-Comte et Andabre.

Ces stations sont loin d'être les seules importantes. Le chiffre élevé de leur population fixe tient le plus souvent à de tout autres causes que celles de l'exploitation de leurs sources. C'est ainsi que la Mouillère est située sur le territoire de Besançon, Andabre, sur celui de Camarès, etc.

Beaucoup de stations très fréquentées ne seront pas tenues de posséder un Bureau d'hygiène. Citons parmi celles-ci : la Bourboule (1.947 hab.), Plombières, Evian, Châtel-Guyon, Saint-Honoré, Royat, Cauterets, Contrexéville, Lamalou, Ax, Barèges, Capvern, Eaux-Bonnes, Forges-les-Eaux, Saint-Nectaire, Saint-Sauveur, etc.

Le syndicat général des médecins des stations thermales et sanitaires de France, qu'a créé et que dirige

(1) Les conclusions de ce rapport ont été entièrement publiées dans le *Progrès médical* : Lucien Graux, Congrès d'Hydrologie, de climatologie et de géologie (no du 25 oct. 1902, p. 264).

(1) Pour tout ce qui concerne la loi de 1902, il est indispensable de consulter le très remarquable ouvrage de Strauss et Fillassier : « Loi sur la protection de la santé publique ». (Paris, Rousset, 2e éd. 1904.)

Tous les articles sont soigneusement étudiés et commentés et on peut y trouver tous les renseignements nécessaires sur son application.

(2) Voir tous les documents concernant la discussion au Parlement de la loi de 1902 dans Strauss et Fillassier (*ibid*).

(3) Lire le travail intéressant du Dr Nivière dans le *Bull. méd.* du 3 février 1904.

avec tant d'activité M. Albert Robin, s'est occupé de cette dernière question dans sa séance du 22 avril 1904. Le Dr Schlemmer a, dans un excellent rapport (1), montré toute l'insuffisance de la loi de 1902 :

« Il est nécessaire de compléter au moyen d'un article additionnel ou d'un règlement administratif spécial aux stations thermales certaines dispositions de la loi concernant l'application des mesures sanitaires qui visent l'antisepsie et l'asepsie. »

Le syndicat a d'ailleurs un but encore plus élevé. Il prépare en ce moment, écrit le Dr Schlemmer (2), un projet d'ensemble, une *organisation du progrès de l'industrie thermale*, qui a pour principal objectif la création des ressources financières indispensables à la transformation hygiénique des stations hydrominérales (c'est-à-dire aux dépenses nécessaires pour la construction des égouts, la protection des eaux potables, la salubrité de la voirie, des édifices publics et des logements, etc. etc.) projet basé sur ce principe que : les charges pécuniaires garantissant la valeur et le renom hygiéniques des stations hydrominérales doivent être réparties sur les diverses personnalités ou administrations intéressées au développement de l'industrie thermale (3).

La législation sanitaire doit avoir plusieurs objectifs ; elle doit, notamment, prévenir la prophylaxie des maladies contagieuses, et lorsque celles-ci ont éclaté, prescrire les mesures nécessaires pour en triompher (4). C'est ainsi que la loi de 1902 a confié à un décret le soin d'établir, après avis de l'Académie de médecine, la liste des maladies à déclaration obligatoire et ordonné les mesures de désinfection nécessaires.

La loi de 1902 comprend 3 articles sur la désinfection : aucun d'eux ne prescrit l'isolement. La loi n'indique pas à l'aide de quel dispositif ni dans quel délai doit être exécutée la désinfection. Dans les villes de moins de 2000 habitants, elle ne peut être pratiquée que par les soins d'*un seul* service départemental.

Il est évident que dans une ville d'eaux un cas d'affection contagieuse est particulièrement difficile à traiter en pleine saison tant à cause de l'encombrement des hôtels et même des habitations privées que par la suite de la crainte de la divulgation de la maladie qui pourrait faire déserter la station... Il est impossible d'autre part d'attendre l'arrivée du personnel et d'un matériel de désinfection uniques pour tout le département et qui de plus peuvent être indisponibles.

Ce qu'il faudrait, ce serait transporter le malade dans un pavillon d'isolement où il recevrait les soins que nécessiterait son état. Le malade serait infiniment mieux soigné et la station balnéaire n'aurait rien à redouter d'une mesure qui, au contraire, serait destinée à accroître les garanties sanitaires qu'elle présente. Il est d'ailleurs à remarquer que, la législation sanitaire générale étrangère a accueilli le principe de l'isolement posé d'une façon très expresse dans la loi sanitaire écossaise de 1897. En France, M. Dron, croyons-nous, avait proposé au Comité consultatif d'hygiène publique la création de postes sanitaires dans les grandes villes, destinés à abriter les familles des contagieux, tandis que l'on procéderait chez eux à la désinfection.

Il suffirait donc de décider que dorénavant les pratiques de l'isolement devraient être observées dans les stations thermales et des mesures de désinfection pratiquées aussitôt dans les locaux préalablement occupés. Il est évident que toute ville d'eaux ne peut être tenue de posséder un service de désinfection et de pratiquer l'isolement. Le Dr Schlemmer propose d'appliquer ce règlement aux stations dont la population saisonnière atteint le chiffre de 2.000 âmes. Il fait d'ailleurs observer avec juste raison qu'un même service thermal de désinfection pourrait desservir deux stations très rapprochées.

Une loi est-elle nécessaire pour obtenir ce résultat ? Sans doute, elle serait intéressante en ce sens qu'elle comporterait avec elle le principe de l'obligation, mais l'on sait que les maires sont tenus, en vertu de l'art Ier de la loi de 1902, à prendre des règlements sanitaires communaux indiquant les règles à observer, notamment pour éviter la propagation des maladies contagieuses. Ne pourraient-ils insérer dans ces règlements une disposition relative à l'isolement, et si cette pratique trouvait un encouragement dans une circulaire encore à désirer du ministère de l'intérieur, il n'est pas douteux qu'ils s'y conformeraient, et on aurait ainsi remédié par une initiative communale à l'imperfection du texte législatif.

Une autre disposition trouverait une place utile dans le règlement communal. Nous voulons parler de l'hygiène des nomades. C'est un médecin, le Dr Poupinel, maire de Saint-Arnoult (Seine-et-Oise) qui, nous conte le Dr Noir (1), a pris le premier arrêté sanitaire où il est fait mention de l'hygiène des roulottiers et des chemineaux. Cette question est encore plus importante dans les villes d'eaux, où les nomades peuvent introduire des cas de contagion et surtout dans les stations où se trouvent beaucoup d'enfants : quelques cas de scarlatine ou de diphtérie feraient immédiatement déserter la ville.

Tous les services dépendant de la municipalité doivent être l'objet de l'attention particulière du maire (2). Les écoles, les salles d'asiles seront établies conformément aux prescriptions les plus minutieuses de l'hygiène. Il en sera de même des postes de police qui sont souvent d'une malpropreté dégoûtante (3).

Les maires doivent enfin veiller à l'entretien des rues et des routes qui seront fréquemment arrosées et balayées et de la propreté la plus méticuleuse. La canalisation des égouts et la distribution d'eau potable devraient atteindre leurs plus grands perfectionnements dans les villes d'eaux (4).

---

(1) Dr Schlemmer. — Des améliorations nécessaires dans l'organisation législative actuelle de la police sanitaire à l'égard des stations thermales. Paris, 1904.

(2) *Ibidem*, p. 4.

(3) Le Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France a déjà contribué à faire adopter des mesures hygiéniques dans un grand nombre de villes d'eaux par l'envoi de circulaires très détaillées où des conseils sont donnés aux maires et aux propriétaires d'hôtels. Citons entre autres la Société des wagons-lits qui a adopté pour ses hôtels des mesures hygiéniques préconisées par le Syndicat.

(4) On sait que dans une conférence retentissante le Dr Robin énumérant les divers moyens à employer pour lutter d'une façon efficace contre la tuberculose réclamait la *désinfection obligatoire et régulière des voitures pour les compagnies effectuant les transports en commun*. Il est évident que ces mesures devraient être prises avant tout dans les *trains des eaux*.

(Cf Lucien Graux. — La lutte contre la tuberculose, *Progrès médical*, 1er août 1903, p. 69).

(1) Dr Noir. — L'application de la loi sur la santé publique. *Progrès médical*, 21 janvier 1903, p. 57.

(2) Consulter à ce propos le livre très documenté et très important de Fillassier : De la détermination des pouvoirs publics en matière d'hygiène. Paris, 2e éd., Rousset 1903.

(3) On connait la campagne que mène depuis de longues années M. Bourneville sur ce sujet.

(4) Lire à ce propos le remarquable rapport de M. Rénon au 1er Congrès français de climatothérapie et d'hygiène urbaine (Nice 4-9 avril 1904). *Influence du climat méditerranéen sur la tuberculose et les tuberculeux.*

(*Progrès médical*, 23 et 30 avril 1904).

La loi de 1902 comprend plusieurs articles sur l'asepsie, mais aucun d'eux ne s'applique particulièrement à l'égard des villes d'eaux. Le maire est tenu, avons-nous dit, par l'art. I[er], de déterminer, après avis du Conseil municipal et sous forme d'arrêtés municipaux, les *règlements sanitaires communaux* concernant les mesures de désinfection, la salubrité des maisons, des logements loués en garni, l'alimentation en eau potable, l'évacuation des matières usées.

En réalité, les maires reçoivent des modèles tout préparés par l'administration et ces modèles diffèrent suivant le nombre des habitants.

Ils sont identiques pour les petites communes rurales et pour les élégantes villes d'eaux. Il importe peu que le petit village reçoive l'été une affluence considérable de baigneurs et des visiteurs de marque, voire même des têtes couronnées ! Et d'ailleurs, quelle est l'autorité du maire qui doit faire observer ces règlements et qui, dans les villes de plus de 2.000 habitants, dirige lui-même, en fait, le bureau d'hygiène (1) ? Et quelles garanties présente-t-il ? De compétence ? Il n'en a souvent aucune... De diligence ? Il s'en gardera bien. Le maire est un fonctionnaire élu. Il devra donc, s'il désire conserver son mandat, donner satisfaction à ses électeurs et il évitera tout ce qui pourrait leur être une incommodité ou une gêne.

Sans doute, il faut espérer que bientôt le moment viendra où tous sauront l'importance des prescriptions sanitaires, et la solidarité étroite qui unit tous les hommes au delà même des frontières. Mais en est-il ainsi actuellement et combien de temps faudra-t-il attendre encore ?

Dès lors, il est fâcheux, comme le constatait justement M. le professeur Chantemesse à l'Académie de médecine, qu'un magistrat élu soit chargé de l'application de mesures nécessaires, indispensables même, mais qui apparaîtront longtemps aux yeux des populations comme des tracasseries inutiles.

Le Sénat, dans l'appréhension de créer des fonctionnaires nouveaux, s'est opposé à l'organisation d'un service d'hygiène indépendant ; disons-le bien haut : c'est là une faute considérable ; il faudra y revenir (2).

Nous ne saurions terminer cette étude de la salubrité dans les stations thermales sans retenir la question des établissements insalubres, dangereux et incommodes et celle de la surveillance des denrées alimentaires (viandes, lait, etc.)

L'art. I[er] de la loi de 1902 devrait être complété par un dispositif particulier établissant les mesures nécessaires à prendre sur ces objets dans les règlements sanitaires communaux. Il est de toute évidence qu'une ville d'eaux, où viennent des convalescents, des nerveux, des enfants, ne doit pas posséder d'usines au tapage assourdissant et continu, ni d'établissements remplissant l'atmosphère de matières toxiques !

Les industries qui salissent les cours d'eau doivent être rejetées le plus possible en aval, etc.

Sans doute, on dira que la législation actuelle sera profondément remaniée dans un temps très court, mais nous croyons indispensable qu'on fasse une situation particulière aux établissements de ces catégories situés dans le voisinage des villes d'eaux.

(1) Lucien Graux. — Les arrêtés municipaux et la loi sanitaire des 15-19 fév. 1902 (Commun. au I[er] Congrès intern. d'assainissement et de salubrité de l'habitation, Paris 1904).

(2) L'honorable M. Viseur avait en effet proposé de nommer dans chaque département un ou plusieurs inspecteurs de la santé publique chargés d'assurer l'exécution de la loi de 1902. (Voir Strauss et Pillassier : Loi sur la protect. de la santé publique. Paris 1902, p. 235.)

La loi de 1902, qui n'a créé de bureaux d'hygiène que dans 33 villes d'eaux, est absolument insuffisante dans ces villes même. Elle n'a organisé ni service thermal de désinfection, ni service d'isolement.

Malgré les vœux de nombreux congrès d'hydrologie, malgré l'exemple de plusieurs pays étrangers, les intérêts les plus grands des stations hydrominérales ont été négligés dans la présente loi. Il faut savoir gré au Syndicat général des stations thermales et sanitaires de France d'avoir fait entendre une protestation énergique qui, espérons-le, fera compléter la loi dans un sens plus favorable aux villes d'eaux. Lucien Graux.

Le service militaire et le concours de l'Internat.

A mes collègues, les Internes en médecine des Hôpitaux.

Quand, au guichet, je prends un billet de chemin de fer, c'est, naturellement, pour avoir le droit de monter dans le train. Et, du reste, je n'ai pas encore rencontré le fâcheux fonctionnaire qui me contestât ce droit. Mais, si je le rencontrais, ce fâcheux fonctionnaire, je protesterais, et vous joindriez, sans aucun doute, votre protestation à la mienne. Et nous ferions un petit rapport sur un grand registre. Cela n'aboutirait à rien du tout, mais enfin nous aurions protesté, ce qui est toujours bien agréable.

Quand un externe des hôpitaux, âgé de 21 ans, demande à être inscrit au nombre des candidats au prochain concours d'internat, c'est assurément pour courir les chances de la nomination. Et, si on lui conteste ce droit, comme si on me conteste une place dans le train, nous protestons, c'est entendu ? Alors, protestons tout de suite, car voici les faits :

X..., 21 ans, externe des hôpitaux, candidat au concours pour les places d'Interne en médecine, qui ouvrira le 19 décembre 1904, ne peut se présenter pour les raisons (?) suivantes :

Né à Paris, ayant tiré au sort à Paris, résidant à Paris depuis 21 ans, il « ne peut pas » accomplir dans Paris son année de service militaire. Il a protesté, pétitionné, imploré ; il s'est heurté à une fin de non recevoir et va contribuer à garnir nos frontières. De ce fait, il perd les bénéfices de deux années de travail pénible et d'entraînement suivi avec ses camarades de promotion. Il ne retrouvera peut-être jamais sa *forme*. S'il la retrouve, ce sera au plus tôt dans deux ans, après avoir avalé deux fois le même programme d'études et pesé deux années de trop sur le budget de sa famille. Et cela, parce qu'un vilain griffonneur aura jeté sa plume dans la balance de ses destinées !

Pensez-vous, mes chers collègues, que l'équilibre européen serait réellement compromis, si le nommé X..., obscur soldat, était maintenu dans Paris, au lieu de menacer les frontières ennemies ?

Et ne croyez-vous pas que, puisqu'on incorpore — avec raison — dans les casernes de Paris, des candidats nés, habitant et ayant tiré au sort en province, en vue de leur permettre de se présenter aux épreuves de l'Internat ; ne croyez-vous pas qu'on pourrait, avec justice, autoriser X..., parisien par ses charges, à rester parisien par ses droits, et à prendre part aux épreuves du concours ? L.-E. Morel.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

XVIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE.

Lundi 17 octobre, à 2 heures du soir, s'est ouvert, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de Médecine, le XVII[e] Congrès de Chirurgie. M. le Président de la République a honoré de sa présence cette séance d'ouverture. Une foule compacte remplit la cour de l'École de médecine et c'est avec peine qu'on pénètre dans le grand amphithéatre qui regorge d'auditeurs. A la droite du Président de la République, est assis le Professeur Pozzi, président du Congrès, à sa gauche, M. Fallières. On remarque la présence de M. Mesureur, de M. Desplats et celle des membres les plus éminents de l'Association française de Chirurgie. Parmi les chirurgiens étrangers, on reconnaît le professeur Bergmann, de Berlin ; Ceci, de Pise ; Kocher, de Berne ; Roux, de Lausanne, etc. Le Professeur Pozzi prend la parole. Il remercie tout particulièrement M. le Président de la République du grand honneur qu'il fait aux membres de Congrès de Chirurgie et à la Chirurgie Française en assistant à l'ouverture de cette XVII[e] assemblée.

Puis, il salue la venue des chirurgiens étrangers et après avoir, en termes émus, rappelé les noms des disparus, il rend hommage aux hommes éminents qui ont eu l'heureuse initiative de fonder l'Association Française de Chirurgie et de créer ces congrès annuels qui, en resserrant les liens confraternels qui unissent entre eux les chirurgiens de tous les pays, sont aussi d'un très grand profit pour le développement de la science. La chirurgie n'est, du reste, plus le monopole de quelques grands centres, elle tient de plus en plus à se décentraliser. Il faut souhaiter que cette décentralisation s'accentue pour le plus grand bien des malades.

Puis, se plaçant à un point de vue très élevé, le professeur Pozzi jette rapidement, avec beaucoup de tact, un coup d'œil général sur les faits trop particuliers qui, depuis quelques jours, passionnent l'opinion publique. Il insiste, dans un langage très imagé, sur ce que doit être la conscience chirurgicale, le plus précieux de tous les codes de déontologie, que tout chirurgien, digne vraiment de ce nom, doit trouver au fond de lui-même.

La 17[e] session est déclarée ouverte.

M. Walther, secrétaire du Congrès, rend hommage à M. Picqué, son prédécesseur dans les fonctions de secrétaire. En quelques mots, il indique les progrès scientifiques et les travaux importants réalisés par l'Association française. Il attire l'attention sur l'heureuse innovation faite cette année : l'exposition d'instruments de chirurgie et de produits intéressants la chirurgie. Il remercie M. le Doyen de la Faculté de l'hospitalité plus que large qu'il prête aux congressistes et aux exposants.

Les débats scientifiques sont ouverts à trois heures par la communication du prof. Kocher, de Berne, sur les *résultats définitifs de l'excision de l'estomac*. Sur 99 cas opérés en 23 ans : 20 malades sont vivants et peuvent être considérés comme guéris, le plus ancien opéré l'ayant été il y a 11 ans. Le D[r] Cecherelli, de Parme, donne le résultat de ses expériences et de ses observations cliniques *sur la décapsulation des reins.* La capsule se regénère en 4 semaines ; il se produit une diminution de la quantité d'urine sécrétée, et, par contre, une augmentation des éléments solides, comme le montrent à merveille les examens cryoscopiques.

S'ouvre enfin la discussion intéressante sur le *traitement chirurgical des cirrhoses du foie*. Le D[r] Monprofit, d'Angers, donne le résumé de son rapport sur ce sujet. Il fait une distinction préliminaire entre les cirrhoses hypertropiques, souvent guérissables médicalement ou par ouverture de la vésicule et drainage des voies biliaires, et les cirrhoses atrophiques, avec ascite abondante, contre lesquelles tous les traitements médicaux ont échoué. Ce sont surtout les résultats du traitement chirurgical dirigé contre ces derniers cas qu'il tient à envisager. Sur 73 cas rapportés on compte 29 guérisons et 44 décès. La guérison est constituée par la disparition de l'ascite. Pratique personnelle : 2 opérations. 2 décès. L'opération pratiquée est celle de Talma : fixation du grand épiploon à la paroi abdominale, création artificielle d'adhérences entre le foie, l'épiploon et la paroi. formation parallèle de nouvelles voies vasculaires de dérivation entre le système vasculaire du foie et le système cave. Comme conclusions, M. Monprofit fait de grandes réserves sur la valeur de cette opération.

M. Schwartz rapporte les résultats de son expérience personnelle sur le *traitement chirurgical des cirrhoses du foie*.

Dans quatre cas de cirrhose atrophique avec ascite, il a pratiqué l'omentopexie suivant le procédé opératoire décrit dans la thèse de son élève Alexandre. Dans deux de ces cas, l'ascite a disparu rapidement ; chez un de ses opérés, elle ne s'est plus reproduite depuis un an. Il est nécessaire de ne pas intervenir trop tard, car il devient très difficile de suturer à la paroi l'épiploon friable et réduit à l'état de moignon. Dans un cas de cirrhose hypertrophique biliaire, M. Schwartz a pratiqué le drainage de la vésicule. Depuis l'opération, la coloration des selles est devenue normale. Cependant le foie reste volumineux. Avec M. Monprofit, M. Schwartz fait des réserves sur la valeur de ces opérations. M. Jayle reproche à M. Monprofit de laisser indécise la pathogénie de l'ascite et essaie de la préciser. Il rejette comme cause l'hypertension portale et admet l'irritation péritonéale. Il se fonde sur une observation assez peu significative. Comme conclusion de cette façon de voir, l'ouverture pure et simple du péritoine suffira pour faire disparaître l'ascite. L'opération de Talma n'agirait pas autrement.

M. Brunswick le Bihan, de Tunis, se basant sur des observations de malades opérés par lui, admet que c'est l'ouverture pure et simple du péritoine qui paraît agir contre l'ascite. La discussion se poursuit ainsi. M. Willems, de Gand, a obtenu des résultats peu brillants de l'omentopexie. M. Tuffier vient alors jeter un grain de bon sens dans tout ce débat. Il reproche fort justement aux orateurs qui viennent de se succéder à la tribune de ne jamais avoir pratiqué l'examen du liquide ascitique. Ils se seraient aperçus qu'il y avait des ascites tuberculeuses avec légère atrophie du foie, qui guérissent par ouverture du péritoine, tamponnement, drainage, et des ascites, symptomatiques de cirrhose de Laënnec, contre lesquelles l'intervention chirurgicale était beaucoup moins efficace.

M. Lejars, dans un langage d'une clarté merveilleuse, discute la valeur de l'opération de Talma. Il se demande comment peuvent bien agir dans le fonctionnement du foie les nouvelles voies vasculaires déterminées par les adhérences artificielles du grand épiploon à la paroi. D'autant plus que ces vaisseaux de nouvelle formation ne paraissent pas acquérir un grand développement. Du reste, l'omentopexie ne lui a pas donné de bons résultats. Bien meilleurs sont ceux qu'il a obtenus dans les cas de cirrhose hypertrophique par le drainage de la vésicule. M. Delagenière, du Mans, conseille la cholécystotomie temporaire avec hépatopexie et omentopexie. M. Villar, de Bordeaux, puis M. Mauclaire, de Paris, mettent de leur côté en doute l'efficacité de la fixation artificielle du grand épiploon à la paroi. P. Laurens.

Séance du mardi matin 18 octobre.

M. Thiéry, de Paris. traitant des *accidents graves de la chloroformisation* et des moyens d'y remédier; montre que la trachéotomie suivie d'insufflation est un procédé de traitement efficace des syncopes chloroformiques. C'est un procédé qui a donné de bons résultats et qui n'est pas assez connu.

M. Malherbe, de Paris, étudie la *valeur du chlorure d'éthyle comme anesthésique général* de longue durée.

L'anesthésique général se rapprochant le plus de la perfection doit être absolument pur, facile et simple dans son administration, et d'une innocuité absolue. Le chlorure d'éthyle à doses répétées paraît remplir ces conditions et prendre rang à côté du chloroforme et de l'éther. Son emploi est indiqué dans la chirurgie journalière, en obstétrique, en médecine, à la campagne, sur le champ de bataille, dans la

chirurgie d'urgence. Il est des plus simples et son administration peut être prolongée pendant plus d'une heure sans aucun danger.

M. Tilanus, d'Amsterdam, fait une communication sur la *fixation des tendons dans le traitement des paralysies.*

M. Tuffier, de Paris (en collaboration avec M. Harel), traite de la *radiothérapie dans les cancers*. Pour lui, la radiothérapie ne doit s'adresser qu'aux cancers cutanés, cutanéomuqueux ou encore aux cancers des muqueuses faciles à atteindre. Aucun résultat n'a été obtenu sur un cancer viscéral quelconque ; les échecs ont été même constants sur les cancers du plancher de la bouche et du larynx. Ce sont donc surtout les cancers de la peau qui relèvent de la radiothérapie. Pour ceux-là, les résultats sont très favorables, ils sont améliores en six semaines,et ils guérissent. Il n'est pas néanmoins nécessaire, pour M. Tuffier, de recourir toujours à ce traitement. L'intervention chirurgicale est un moyen d'action suffisant et plus simple chez les sujets jeunes.

A propos de la communication de M. Tuffier, M. Czerny, de Heidelberg, vient parler des *effets thérapeutiques favorables du radium sur le cancer*, et M. Reboul, de Nîmes, confirme les résultats excellents obtenus par M. Tuffier dans la radiothérapie du cancer cutané.

M. Doyen, de Paris, commence sa communication sur les *nouveaux traitements du cancer*, en montrant la difficulté de l'étude de cette affection.

Au cours de cette étude,trois particularités l'ont frappé.C'est d'abord la juxtaposition fréquente du processus inflammatoire et du processus cancéreux, ensuite le polymorphisme des tumeurs, enfin les déviations du type primitif de la tumeur que présentent les métastases. M. Doyen insiste sur ces trois points, et il en déduit ceci que le cancer doit se ranger à côté de maladies inflammatoires comme la tuberculose ou l'actinomycose. Il rappelle ses expériences de 1886 et de 1900 qui l'ont conduit à la découverte du meilleur milieu de culture pour micrococcus neoformans. M. Doyen expose ensuite les idées que l'ont guidé pour obtenir les toxines de ce micrococcus, pour les atténuer, pour fabriquer les vaccins faibles et forts. Il clôt sa communication en donnant les résultats de son traitement sérothérapique : 42 cas de guérison, les cas traités étaient des cas inguérissables chirurgicalement. M. le Dr Doyen prie les chirurgiens de venir constater eux-mêmes ses résultats.

Discussion à propos de la communication de M. Doyen.

M. Reynès, de Marseille, fait une critique des théories de M. Doyen dont il a lu avec grande attention et sans parti pris toutes les communications. Il ne peut concevoir un microbe, comme le micrococcus neoformans, capable de produire n'importe quelle variété de tumeur, la forme histologique de la tumeur variant seulement avec le tissu où a été faite l'inoculation. Pour lui, les idées de M. Doyen sont contraires aux idées actuellement reçues en pathologie générale. M. Reynès ne demande pas mieux que de croire, mais il désire des expériences concluantes.

M. le prof. Poirier prend la parole : il fait remarquer que les particularités qui, dans l'étude du cancer, ont frappé M. le Dr Doyen sont connues depuis longtemps, mais il n'insiste pas et il ne veut s'occuper que de la guérison des malades, des résultats des traitements du cancer. La radiothérapie est jugée. La sérothérapie est à discuter. Or, dans la communication de M. le Dr Doyen, il ne trouve que des affirmations et non des preuves. Pour lui, l'existence du microccus neoformans est douteuse. Il demande à M. Doyen s'il a fait contrôler ses recherches par des instituts scientifiques.

M. Follet demande la nomination d'une commission chargée de contrôler les résultats cliniques, bactériologiques et expérimentaux.

M. Poirier désirerait voir les malades qui ont subi le traitement.

M. Doyen répond à M. Reynès, à M. Poirier en leur demandant de venir voir ses résultats.

M. Poirier répond que ceux, qui doivent aller voir, ce sont des savants compétents, des bactériologistes.

M. Mencière, de Reims, insiste pour que l'on nomme une commission bactériologique

M. Thiéry propose simplement d'étudier les malades avant et après le traitement sérothérapique.

M. Follet demande avec insistance la commission de contrôle.

M. Doyen accepte la proposition de M. Thiéry, et demande que l'on répète ses expériences. Il refuse une commission qui prendrait le titre de commission de contrôle, commission qui enrayerait ses travaux pendant un an, et dont il prévoit les prédispositions d'esprit.

Après l'intervention de M. Pozzi, M. Doyen accepte qu'en assemblée générale, le congrès nomme une commission composée de quelques-uns de ses membres. Cette commission, d'accord avec M. Doyen, choisira des malades qui seront soumis au traitement sérothérapique et elle en examinera les résultats.

M. Thiéry, de Paris, pour répondre à cette question : « *La guérison du cancer du sein par l'ovariotomie est-elle possible ?* » cite une observation personnelle, d'un cancer du sein inopérable, qu'il traita par l'ovariotomie. L'opération permit d'enlever des ovaires également cancéreux.

L'état général de la malade, qui était grave, s'est relevé d'une façon étonnante, les lésions des seins ont regressé.

M. Henry Reynès, de Marseille. Je suis heureux de *montrer* (1) à mes collègues la malade dont j'ai parlé l an dernier au Congrès. Cette jeune femme, de 32 ans, bien réglée, sans enfants, était atteinte d'un *double cancer des seins, inopérable*, avec adhérences à la paroi, infiltration bilatérale des ganglions, vaste ulcération à gauche. Le 20 mai 1903, de propos délibéré, je lui ai pratiqué la laparotomie et la castration utéro-ovarienne.Très rapidement, les tumeurs, dont M. le Professeur Cornil a affirmé la nature épithéliomateuse maligne, ont regressé : l'ulcère s'est spontanément cicatrisé; les ganglions ont diminué et presque disparu.

Actuellement, *dix-huit mois après la castration*, chacun peut juger du résultat : tout est flétri,rétracté, plus ou moins scléreux et atrophié ; il ne reste qu'un petit nodule sur l'ancien ulcère : je l'enlèverai; et cette malade présentera alors tous les signes d'une régression merveilleuse, dont nous ne pouvons préciser le mécanisme, ni la durée. Aucune méthode moderne ne pourrait, pour un cas aussi grave, produire un aussi bon résultat.

J'ai pratiqué la castration ovarienne, le 26 février 1904, sur une seconde malade, atteinte d'un épithélioma inopérable du sein gauche : le résultat a été nul. Le sein s'est ulcéré, l'autre s'est pris : la malade a succombé en six mois.

Mais, entre ces deux malades, les différences sont profondes : la première, plus jeune, et sans avoir eu de grossesse, avait des ovaires très sains avec un *fonctionnement menstruel parfait*. La seconde, 38 ans, avait eu quatre enfants qu'elle allaita de 12 à 14 mois. Son dernier enfant naquit en juin 1903 : depuis, elle ne fut *pas réglée*, quoique ses ovaires m'aient paru sains. Elle allaita son dernier né pendant deux mois, avec les deux seins ; le gauche devint alors malade, et l'allaitement continua d'un seul côté jusqu'en janvier 1904. La tumeur présentait une allure presque inflammatoire : c'était une mastite cancéreuse, sur une mamelle en plein processus lactogène. On connaît la marche rapide de ces cas : constatons que la castration ici n'a rien donné.

L'état ovarien, comme l'état de la mamelle, en ce qui touche leur valeur et leur intégrité fonctionnelles, doivent avoir sur le résultat de la castration une importance capitale. Aussi ayant vu une femme de 41 ans, atteinte de carcinome squirrheux, bilatéral et inopérable des seins, j'ai refusé de faire la castration, parce qu'elle n'était plus réglée, et que ses organes génitaux avaient subi un processus d'atrophie considérable.

La science précisera les points obscurs de cette question: on ne peut nier que la castration ovarienne est susceptible d'amener dans les cancers mammaires une régression des plus remarquables.

(1) Cette opérée a été présentée, le 19 avril dernier à *l'Académie de Médecine* et le 20 avril à la *Société de Chirurgie*.

M. Mencière, de Reims, apporte une observation d'ostéosarcome du fémur traité heureusement par la *phénopuncture*. Il rappelle à cette occasion ses mémoires antérieurs sur la phénopuncture et sur la technique spéciale qu'il a préconisée pour exécuter cette opération. Il montre une fois de plus que cette pratique est absolument sans danger.

M. Delangre, de Tournai, fait une communication sur les *paraffinomes et le paraffinage des cavités pathologiques*.

M. André, de Péronne, rapporte une observation de *plaie pénétrante du cerveau*, par instrument piquant. Le malade a eu dix crises d'épilepsie jacksonnienne. L'opération eut lieu le 9e jour après l'accident et permit d'enlever un hématome intracortical. Guérison.

M. Georges Laurens, de Paris. Il semble paradoxal de prétendre que le grand danger des corps étrangers de l'oreille réside dans les tentatives d'extraction. Le fait suivant en est une démonstration : une malade vient consulter pour des vertiges, vomissements, céphalée, bourdonnements d'oreille et surdité récente consécutive à des manœuvres endo et rétro-auriculaires. Pour un corps étranger datant de l'enfance, on a pratiqué des explorations du conduit auditif et enfin décollement du pavillon. Tout a été infructueux. Depuis, la malade a présenté le syndrome labyrinthique au complet.

En présence de ces phénomènes et d'une mastoïdite, on fait l'évidement pétro-mastoïdien, et sur la paroi interne de la caisse, dans le canal semi-circulaire horizontal, on trouve un fragment d'acier incrusté. On l'énuclée par une trépanation labyrinthique. Ce fragment provenait d'un instrument brisé dans l'oreille de la malade lors de la première intervention. Suites opératoires normales. Guérison des vertiges. M. G. Laurens insiste sur les avantages de l'adrénaline comme agent d'hémostase au cours de cette opération.

M. Faugères, de Faux, apporte une observation de réparation orthopédique des deux oreilles, réparation qui a donné un bon résultat. Il indique sa technique.

M. Suarez de Mendoza, de Paris, répond à cette question : l'anesthésie générale dans l'opération des végétations adénoïdes doit-elle être la règle ou l'exception ? en montrant que la narcose par le chloroforme ou l'éther fait courir de trop grands risques pour une opération de très courte durée et dans laquelle la douleur est une quantité négligeable. Il rejette également le bromure d'éthyle, qui comporte un certain danger. L'anesthésie générale ne doit être employée que d'une manière exceptionnelle, que lorsque des circonstances inhérentes à l'opéré justifient le danger que l'on lui fait courir. Lemaitre.

Séance du mardi 18 octobre, 2 heures du soir.

M. Martin, de Lyon, présente au Congrès les pinces qu'il a imaginées pour réduire facilement les déplacements dans les cas de *fractures du nez*. La réduction étant faite, il applique un appareil de son invention qui fait une contention parfaite et n'amène aucune gêne. D'après les moulages présentés, les résultats paraissent très satisfaisants. Il est regrettable que l'auteur ne donne aucune explication sur la construction de son appareil et sur la façon de l'appliquer.

M. J. Reverdin, de Genève, au sujet d'un jeune homme opéré par lui il y a 10 ans d'un épithéliome non adamantin du maxillaire supérieur et guéri depuis, émet quelques hypothèses sur l'origine de ces néoplasmes, dans lesquels on trouve un épithelioma pavimenteux lobulé, à globes épidermiques sans éléments adamantins.

M. Willems, de Gand, vante la valeur des injections préventives de sérum antistreptococcique dans les opérations de la bouche. Dans les staphylorraphies, en particulier, où il est nécessaire d'obtenir une réunion aussi rapide que possible et où il faut combattre avec soin la suppuration, les injections préventives, de 30 à 40 centim. cubes de sérum, pratiquées la veille de l'opération donnent d'excellents résultats. Elles dispensent même de tout lavage de la cavité buccale.

M. Ceci, de Pise, montre que l'*extirpation de la carotide primitive*, de la jugulaire interne et du pneumogastrique s'accompagne de troubles peu graves. Il l'a pratiquée dans un cas de cancer branchiogène, son malade a guéri. La raucité de la voix qui préexistait à l'opération ne s'est pas accrue. Le myosis, du côté opéré, qui s'était montré après l'opération a disparu en quelques jours. Il pense que la ligature simultanée de la veine jugulaire et de la carotide primitive est moins grave que la ligature isolée de cette dernière.

M. Jacques, de Nancy, parle du traitement opératoire des *tumeurs solides du maxillaire supérieur*. Il engage le chirurgien à user de tous les moyens de diagnostic possibles (transillumination, etc.) pour arriver à préciser les limites de la tumeur. L'ouverture préalable par la voie buccale et la fosse canine du sinus maxillaire donne des renseignements précieux qui permettent de limiter l'intervention au point précis atteint par la tumeur, ce qui a son importance, d'abord parce qu'il n'est pas indifférent d'endommager plus ou moins le massif facial, ensuite parce qu'on peut réduire les pertes de sang au minimum.

M. Morestin, de Paris, partage la manière de voir de M. Jacques. Il rejette la résection totale du maxillaire supérieur et préfère de beaucoup, le sinus ayant été au préalable ouvert, le siège de la tumeur étant bien défini et précisé, pratiquer le morcellement de toute la zone osseuse malade. Mêmes avantages : délabrement et perte de sang très minimes, tout en extirpant largement la tumeur.

M. Péraire présente un appareil destiné au redressement de la tête dans le torticolis.

M. Moulonguet, d'Amiens, apporte l'observation d'un malade atteint de rétrécissement cicatriciel de l'œsophage causé par l'injection de potasse caustique auquel s'était surajouté un spasme. La dysphagie, qui était absolue, disparut en partie lorsque fut pratiquée une gastrotomie qui permit au malade de s'alimenter. Voilà qui mettait en évidence l'élément spasmodique.

M. Roux, de Lausanne, explique son procédé opératoire de tranchée préliminaire dans la résection pour périchondrite costale tuberculeuse. Il consiste, avant l'extirpation du foyer malade, à circonscrire ce foyer par une section des plans superficiels puis des cartilages, cette tranchée étant pratiquée en tissus sains. Elle a pour but de créer une zone cicatricielle qui isolera les cartilages costaux du foyer de suppuration résultant inévitablement de l'extirpation de segments cartilagineux tuberculisés. On évite ainsi la nécrose de l'extrémité des cartilages sectionnés qui se produit inévitablement quand la tranche cartilagineuse n'est pas séparée au préalable du foyer infecté.

M. Mayer, de Bruxelles, expose le fonctionnement de la chambre pneumatique de Saüerbruch et montre quels bénéfices peut tirer de son emploi la chirurgie pulmonaire. On évite le pneumothorax et le collapsus pulmonaire.

M. Delagenière fait remarquer que lorsque la plèvre est saine et qu'on veut agir seulement sur le poumon, le pneumothorax, au lieu de créer un obstacle, devient un adjuvant, précieux.

M. J-L. Faure est de l'avis de M. Delagénière. De plus dans les cas où il a pratiqué l'extirpation de la portion thoracique de l'œsophage, il n'a constaté aucun trouble dû au pneumothorax. Il croit donc que l'appareil de Saüerbruch, quoique très ingénieux, ne rendra pas à la chirurgie pulmonaire les services prétendus. Son emploi est du reste peu pratique.

M. Calot, de Berck, montre la nécessité de créer à la partie postérieure des grands appareils plâtrés, pour mal de Pott, une fenêtre, située au niveau de la gibbosité, et permettant l'introduction progressive de feuilles de ouate destinées d'abord à assurer une réduction légère de la gibbosité et ensuite à empêcher l'insuffisance de contention constatée dans tous les appareils au moment des mouvements d'expiration. Ces feuilles d'ouate sont maintenues par des tours de bandes, ou, dans les appareils plus perfectionnés, par un véritable volet, mobile autour d'une charnière et pouvant être fixé par un verrou.

M. Monprofit rappelle que l'origine traumatique de certaines affections de l'estomac est connue depuis longtemps et a été signalée par beaucoup d'auteurs ; il croit cependant qu'on pourrait relever cette origine beaucoup plus souvent qu'on ne le fait dans les observations ; pour sa part, il

a relevé le fait déjà un bon nombre de fois. Il cite en particulier le cas intéressant d'un homme qui reçut un coup violent dans la partie supérieure de l'abdomen, et à la suite de ce traumatisme se développèrent des accidents caractérisés par de l'intolérance gastrique et des vomissements qui durèrent pendant plusieurs mois; M. Monprofit vit ce malade très amaigri et présentant avec une tumeur à l'épigastre tous les signes d'un cancer de l'estomac. Il pratiqua la laparotomie et trouva un estomac dilaté avec un pylore hypertrophié, environné d'un gangue inflammatoire, de résidus hémorrhagiques dans les épiploons et sous la séreuse. On fit la gastroentérostomie postérieure en Y et les fonctions gastriques se rétablirent d'une façon parfaite. Depuis un an, la santé du malade n'a fait que s'améliorer et l'embonpoint est complètement revenu.

M. Morestin communique l'observation très intéressante d'une volumineuse hématocèle périsplénique consécutive à une rupture de la rate. Après un traumatisme violent de l'abdomen se développe progressivement, lentement, une tumeur, au niveau du flanc gauche, qui prend bientot un volume considérable. Opération : écoulement très abondant d'un liquide chocolat hématique. Constatation de l'existence d'une poche enkystante. Guérison.

M. Brunwick le Bihan, de Tunis, apporte plusieurs observations de kystes métaclastiques de la rate qui font un complément à l'observation de M. Morestin. M. Brunswick est de l'avis de M. Morestin en ce qui concerne la pathogénie de ces kystes, il attache également une grande importance à la friabilité du tissu splénique chez les paludiques. Un traumatisme détermine chez eux des ruptures de la rate, des fissures, puis un épanchement sanguin qui décolle la capsule fibreuse de la rate et s'enkyste. Laurens.

Assemblée extraordinaire (Jeudi 20 octobre 1904, à 4 heures). — En raison de la séance d'ouverture du Congrès d'Urologie, la réunion de l'Assemblée a été fixée à 4 heures au lieu de 3 heures. Cette Assemblée a été une assemblée extraordinaire, quelques-unes des propositions à discuter entraînant une modification des statuts.

Voici quel a été *l'ordre du jour* de cette assemblée générale : 1° Rapport du Trésorier ; 2° Nominations du Vice-Président du Congrès de 1905, de deux membres du Comité d'Administration et des Secrétaires ; 3° Nouvelle étude des propositions soumises en 1903 à l'Assemblée générale : *a*) Création de membres honoraires ; *b*) Détermination des attributions des Secrétaires généraux et du Trésorier ; 4° Discussion du rapport de M. Kirmisson sur la proposition suivante : 1° Les questions à l'ordre du jour seront choisies chaque année par l'Assemblée générale. Chacune des questions soumises au vote devra être présentée au bureau avec la signature d'au moins dix membres du Congrès ; 2° Les rapporteurs seront également choisis par le vote de l'Assemblée générale ; 5° Questions diverses. (*A suivre.*)

CONGRÈS INTERNATIONAL DE SAUVETAGE
ET SECOURS PUBLICS
au Grand-Palais

du 25 septembre au 2 octobre 1904.

Suite et fin (1).

M. le Dr Marcel Baudouin insiste sur la nécessité de répandre les idées de *prompts secours chirurgicaux* dans le public. On croit généralement que ces idées sont vulgarisées : il n'en est rien ; malgré la campagne qu'il a entreprise dès son retour de sa mission à l'Exposition de Chicago en 1893, la question en est, en pratique, au même point qu'il y a dix ans. C'est toujours le *pharmacien* et non le *médecin* qui donne les premiers soins en cas d'accident, et ne se préoccupe pas du reste !

M. Baudouin passe alors en revue les divers moyens de vulgariser ces idées de prompts secours dans la masse du public.

1° Par *brochures et livres spéciaux.* — On ne lit plus.

2° Par la *Presse.* — La *presse spéciale* n'a aucune influence sur les incrédules et elle est inutile pour les convertis. La *presse quotidienne* est un agent puisssant ; cependant, bien qu'elle ait une action incontestable sur le public, elle n'a pas obtenu grand'chose, car il s'agit de questions trop techniques, et gagner le public ne suffit pas, il faut vaincre l'inertie des *pouvoirs publics.*

3° Par les *Congrès spéciaux.* — Les Congrès, tels que celui-ci, ont du bon, mais ils ne sont pas assez fréquents. D'ailleurs, c'est toujours le même public qui y assiste. Les comptes rendus des réunions pourraient servir à la diffusion des idées de prompts secours, mais on néglige ces questions trop spéciales dans la presse politique.

4° Par les *Expositions.* — Elles sont encore plus rares, ce sont des entreprises difficiles à réaliser, à cause des capitaux à réunir. La vulgarisation s'y fait par des *leçons de vue de choses* mais il y manque la *pratique des choses.* Il faudrait y organiser *a*) des *exercices pratiques publics* ; *b*) des *conférences spéciales.*

M. Paul Archambaud, secrétaire général du Syndicat des médecins des Théâtres de Paris (président, Dr Douvillé), rapporte au nom de cette Société sur les *secours médicaux d'urgence dans les Théâtres.* Il ne peut s'agir dans ce congrès de l'hygiène dans les théâtres, sur laquelle il y aurait beaucoup à dire et qui supprimerait la moitié au moins des interventions médicales. Le « sauvetage sanitaire » est assez bien réglementé à Paris, d'après l'article 12 de l arrêté du 12 messidor an VIII et l'ordonnance préfectorale du 1er septembre 1898. Il y a surtout deux points à relever, en ce qui concerne la boîte de secours réglementaire et le cabinet du médecin de service. La boîte de secours n'existe que dans cinq théâtres au plus pour tout Paris et encore n'est-elle jamais au complet.

Le cabinet médical n'existe que dans 2 ou 3 théâtres ; dans les autres, même nationaux, il n'est qu'à l'état de mythe, et dans l'un il sert de vestiaire aux contrôleurs et aux ouvreuses. Au contraire, la présence du médecin est aujourd'hui effective et constante, grâce au Syndicat des médecins des théâtres, lequel compte près de quatre cents membres et possède un service de permanence des mieux organisés.

Nous sollicitons l'appui du Congrès pour obtenir notre représentation officielle à la Commission supérieure des Théâtres, laquelle comprend actuellement des fonctionnaires, des pompiers, des chimistes, des conseillers municipaux, des architectes de théâtre, des directeurs, des machinistes, mais *pas un seul médecin.* Comme conclusions, nous déposons les vœux suivants :

1° *Qu'un médecin soit attaché à la Commission supérieure des Théâtres* ; 2° *qu'il soit personnellement chargé d'inspecter les locaux affectés au service médical, de veiller au bon entretien des boîtes de secours et de constater que le service médical est, dans chaque établissement assuré effectivement par un docteur en médecine* ; 3° *qu'à chaque galerie soit désigné un emplacement où, en cas d'accident, le médecin de service puisse donner les premiers soins aux blessés et aux malades.*

M. Paul Berthod, au nom de la Société « amicale » traite de l'*hygiène dans les théâtres.* L'hygiène et l'assistance sont les deux extrémités d'un même balancier.

S'il y avait plus d'hygiène, il y aurait moins d'accidents ; au manque d'air correspondent les syncopes, les suffocations, les congestions ; à l'insuffisance des dégagements et de la ventilation, les écrasements et asphyxies, lors des incendies. Certes il ne convient pas que le théâtre devienne une manière de sanatorium, mais il faut aussi éviter qu'il en soit l'antichambre pour les spectateurs et surtout pour son personnel, qui y est particulièrement prédisposé en raison du noctambulisme anémogène et du surmenage nerveux propice à toutes les anémies, neurasthénies ainsi qu'à toutes les déchéances organiques. Je résume sous quatre chefs les reproches qu'on fait aux théâtres actuels, sauf de très rares exceptions : 1° *ils sont trop petits* ; 2° *ils manquent d'air* et de lumière, et sont riches en microbes, en odeur de « ren-

(1) Voir *Progrès médical*, 1er et 8 octobre.

fermé », en poussières (on en a pesé jusqu'à 2 kilog. par fauteuils d'orchestre.)

Le type du théâtre hygiénique devrait remplir les conditions suivantes : être isolé, entouré de rues, avec éclairage électrique à l'abri des courts circuits, et ventilation double avec amenée directe de l'air du dehors, prise d'air siphoïde et évacuation par une ou des cheminées *ad hoc*. La scène, local de travail, doit pouvoir être lavée ; le matériel sera ignifugé, peint à la peinture lavable, et l'éclairage et chauffage exclusivement électrique.

— Nous regrettons sincèrement d'être obligé d'écourter le rapport de M. Paul Berthod, dont nous avons eu plusieurs fois l'occasion d'apprécier la valeur personnelle ainsi que l'esprit d'indépendance de bon aloi :

Voici les conclusions déposées par M. Paul Berthod : *Un théâtre est à la fois un lieu public de plaisir et un local de travail pour son personnel.*

A ce double titre, il doit répondre aux exigences de l'hygiène moderne, d'autant plus qu'accroître l'hygiène, c'est diminuer les chances des sinistres et d'accidents. Pour y parvenir, il y a lieu de faire appel au bon vouloir et à l'intérêt bien compris des directeurs et administrations de théâtre, sous le contrôle des autorités compétentes (inspection du travail, hygiène et salubrité publiques, etc). La Commission des théâtres de la préfecture de police, notamment, doit dès à présent exercer sa surveillance à ce point de vue etc comprendre par conséquent des médecins de théâtre ou des hygiénistes.

M. P. Corret fait une courte communication sur le *rôle du pharmacien dans les secours d'urgence.* Dans l'état actuel des choses, s'il survient un accident sur la voie publique, le blessé est transporté dans une pharmacie la plus voisine. Le pharmacien qui, malgré toute sa bonne volonté, ne tire d'autre compensation que celle de voir son officine encombrée, s'empresse d'expédier le blessé à l'hôpital. Or les circonstances ne commandent pas toujours ce transfert d'office à l'hôpital, et dans bien des cas la victime préférerait son domicile. C'est pourquoi il devrait y avoir une organisation pour les secours publics, analogue à celle du service médical de nuit tel qu'il fonctionne à Paris. Comme le transport dans une pharmacie est de coutume inévitable, il serait bon d'utiliser, en attendant l'arrivée du médecin, et sur compensation garantie par l'administration, le concours du pharmacien. Celui-ci en cas d'organisation telle que nous la souhaitons, se préparerait scientifiquement à son rôle de premier secouriste, et ce rôle serait en principe moins intempestif que celui de ceux qu'on prépose ordinairement à certains postes de secours à caractère officiel. Un médecin serait réquisitionné tout comme pour le service de nuit, et le médecin seul, sauf le cas d'extrême urgence évidente, jugerait et de l'importance de l'accident et de l'opportunité de transporter le blessé, soit à l'hôpital, soit à domicile où le médecin traitant donnerait les soins voulus. Une telle organisation serait logique, équitable, peu dispendieuse pour le budget des villes, et rendrait les plus grands services.

M. Madeuf parle de la ligue contre le mal de mer et de la *manière de transporter les malades ayant le mal de mer*. Trois cas peuvent se présenter : 1° le temps presse, il faut transborder le plus vite possible le malade inerte, incapable de s'aider, chez lequel l'instinct de la conservation est anéanti. Alors on saisit le malade à *bras-le-corps en le portant la tête en bas*, comme s'il était pendu par les pieds, de façon que la tête soit plus basse que les pieds, alors que, d'une façon ordinaire, on porte un corps inerte la tête en haut et les pieds en bas. En quelques minutes, le malade retrouve l'énergie et la direction de ses actes, parce que l'anémie cérébrale, conséquence du mal de mer, est combattue par la position nouvelle donnée au corps.

2° On dispose d'une planche, d'un brancard, d'un siège quelconque : porter le malade de telle façon que les *pieds soient plus hauts que la tête* (la position à donner aux évanouis).

3° Le sauvetage est moins rapide et laisse le temps de préparer les malades au transbordement. Dans ce cas, le médecin enroulera des bandes assez serrées par dessus les vêtements, le malade étant couché : 1° autour des membres inférieurs et supérieurs et dans toute leur longueur, comme le font les variqueux, bandant leurs jambes, les montagnards enroulant leurs molletières, ou les chirurgiens posant les bandes d'Esmark, à condition de serrer moins que dans ce dernier cas ; 2° autour de l'abdomen, qu'on peut serrer fortement, et même autour de la poitrine (serrer moins), le sujet étant toujours couché, quitte à desserrer un peu ces bandes, quand le malade sera sauvé. Le malade ainsi saucissonné, supportera plus facilement toutes les positions de sauvetage : mais, autant que possible, on le transportera étant couché, la tête cette fois très légèrement plus bas, surtout en descendant. Par ces manœuvres, non seulement on fera le sauvetage plus facilement, en rendant l'énergie et le courage aux malades, mais on verra encore, par le bandage, cesser ou diminuer les symptômes douloureux, les vertiges et les vomissements.

Après cette communication, le *Congrès émet le vœu que le traitement du mal de mer soit ajouté au programme de l'examen pour la réception des médecins sanitaires et de marine.*

P. C.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 octobre.

Trichocéphale et fièvre typhoïde.

M. R. Blanchard lit un rapport sur un intéressant travail de M. le Pr Guiart, de Brest, montrant le rôle probable du trichocéphale et sans doute d'autres parasites intestinaux dans la production de la fièvre typhoïde. Le trichocéphale était très fréquent et très abondant chez la plupart des typhiques observés par M. Guiart (18 sur 20). Il était très rare sur les autres malades (1 fois sur quatre). Sa présence ou son absence explique que des individus soumis aux mêmes causes d'infection sont atteints ou bien résistent. Par les érosions de la muqueuse, le trichocéphale facilite sans doute l'invasion du bacille d'Eberth.

Prolapsus vésical à travers l'urèthre.

Le Pr Villar, de Bordeaux, communique le fait très rare d'une hernie de la muqueuse vésicale à travers l'uréthre chez une femme. Cette hernie avait amené des troubles de la miction, des douleurs et même une rétention d'urine. L'extirpation de la languette vésicale par la taille sus-pubienne amena la guérison complète.

Rhumatisme tuberculeux ankylosant.

MM. A. Poncet et R. Leriche (Lyon) font, sous ce titre, une communication dont voici les conclusions :

Le rhumatisme tuberculeux peut se présenter sous la forme d'arthrites sèches, plastiques, conduisant à peu près fatalement à l'ankylose osseuse des articulations malades.

Cette tendance, invincible la plupart du temps, des jointures atteintes, à la soudure osseuse, tendance qui se rencontre dans tous les rhumatismes infectieux, en particulier dans le rhumatisme blennorragique, lui vaut le nom de : *rhumatisme tuberculeux ankylosant*.

Il frappe, suivant les cas, une, plusieurs, parfois toutes les articulations (rhumatisme mono, oligo-articulaire, généralisé). La spondylose rhizomélique (type Strumpell-Marie) lui appartient le plus souvent, ainsi que d'autres variétés (type Bechterew) de manifestations articulaires ankylosantes.

Il se sépare nettement par ses lésions exclusivement inflammatoires, par l'absence précisément de granulations, de fongosités, d'infiltration caséeuse, etc., des tumeurs blanches, des ostéo-arthrites tuberculeuses et aussi du rhumatisme tuberculeux, chronique, déformant.

Il est très vraisemblablement le résultat d'une toxi-infection d'origine bacillaire, soit que le poison tuberculeux provienne, cas le plus fréquent, de foyers tuberculeux virulents éloignés, larvés ou apparents, soit qu'il soit parfois élaboré dans le torrent circulatoire. Cette bacillémie

expliquerait le *rhumatisme tuberculeux ankylosant primitif*, c'est-à-dire celui qui, volontiers, sous la forme de rhumatisme articulaire aigu (type Bouillaud), est la première manifestation d'une bacillose, qu'aucun signe ne permettait de soupçonner.

Maladie toujours grave au point de vue fonctionnel, et relativement bénigne dans sa forme mono et oligo-articulaire, le rhumatisme tuberculeux ankylosant constitue une horrible infirmité dans sa forme généralisée où le squelette n'est plus qu'un bloc osseux, qu'une barre rigide.

Dans tous les cas, il est l'indice d'une infection qui peut, suivant certaines circonstances, changer d'allure, devenir plus virulente et plus grave en frappant tel ou tel viscère.

En face d'arthrites, de poly-arthrites plastiques, ankylosantes, on songera à la tuberculose comme cause pathogène.

On y pensera d'autant plus que le sujet sera vierge de toute autre infection et que la bacillose est des plus communes.

Le Pr Cornil signale l'intérêt de cette forme spéciale, vrai type des lésions de sclérose réalisées par la toxine tuberculeuse.

L'Encyclopédie française d'ophtalmologie.

M. Chauffard présente cet ouvrage en huit volumes, fruit d'un travail considérable, et écrit tout entier par des collaborateurs de race latine. Dr A.-F. Plicque.

VARIA

Le Martyrologe des Asiles.

A propos de l'attentat dont vient d'être victime notre distingué confrère, M. le Dr Vallon, dont heureusement l'état s'améliore chaque jour, notre collaborateur M. le Dr A. Marie a rappelé l'accident analogue survenu à Lyon à M. le Dr Devay. Par erreur, M. A. Marie a attribué à M. le Pr Poncet les soins chirurgicaux qui ont sauvé notre confrère d'une mort probable. M. le Dr Devay le prie de rectifier par la lettre suivante :

Mon cher Collègue et Ami,

Je viens de lire avec le plus grand intérêt l'article que vous inspire l'attentat dont a été victime notre malheureux collègue, le Dr Vallon. Dans « *ce martyrologe des asiles* », vous rappelez que j'ai failli être la victime d'un aliéné persécuté persécuteur et vous attribuez au savant chirurgien Poncet l'intervention qui m'a sauvé. La similitude de ma blessure avec celle du Président Carnot vous a conduit à une autre analogie, celle de l'opérateur. C'est là une confusion que je vous prie avec instance de rectifier, afin de rendre à chacun ce qui lui est dû. C'est à M. le Professeur Jaboulay que revient le mérite de l'intervention hâtive grâce à laquelle j'ai été sauvé d'une mort certaine. C'est à ce savant maître et ami que se porte toute ma reconnaissance ; je suis heureux de l'occasion qui se présente de le rappeler.

Recevez, etc. Dr Devay.

Règlement de l'armée japonaise pour l'assainissement du champ de bataille.

Le détachement d'assainissement a comme premier devoir de vérifier les décès et l'identité des morts ; il fera donc un examen aussi minutieux que possible du livret, des marques ou uniformes, de la plaque d'identité. etc.... afin de déterminer le nom complet, le grade, la situation, les parents et le régiment de tout homme trouvé mort (articles 3 et 5) ; il rassemblera séparément les corps des deux armées en un ou plusieurs endroits, et les couvrira de nattes (art. 6) ; les soldats de l'armée impériale seront incinérés : ceux de l'ennemi seront enterrés, sauf en cas de maladies contagieuses et infectieuses où tous les corps seront incinérés (art. 4). Si on trouve sur le champ de bataille des cadavres d'habitants du pays, ils seront ensevelis comme ceux de l'ennemi ; s'ils sont réclamés par des parents, on les livrera si possible (art. 17), qu'il s'agisse de l'armée impériale ou de l'armée ennemie. On devra incinérer ou ensevelir séparément les restes des officiers, des maîtres (Warrant-Officiers) et des plus anciens sous-officiers (art. 11).

L'instruction prévoit quelques prescriptions spéciales assez curieuses visant le corps des hommes appartenant à l'armée impériale. Ils doivent être autant que possible incinérés séparément, et un des *os* (le *larynx*) (sic) est envoyé au Japon ainsi que les cheveux : les ossements seront ensevelis temporairement sur le champ de bataille, pour être plus tard ramenés dans un cimetière du Japon et enterrés conformément au paragraphe 6 du règlement sur l'ensevelissement des soldats. Sur demande, les cheveux et ossements peuvent être remis aux parents des décédés. Lorsque les circonstances empêcheront l'incinération séparée, les sous-officiers et soldats seront incinérés ensemble et les cheveux seulement seront envoyés au Japon (articles 9, 10 et 11).

La lutte contre la tuberculose.

Voici le résumé des recommandations publiées sur l'avis du Comité permanent de défense contre les épidémies et de la Société de préservation contre la tuberculose, telles qu'on les retrouve dans le *Bulletin Municipal de Paris* du 12 octobre 1904.

Il est expressément recommandé de ne pas cracher sur la voie publique pour prévenir tout danger de propagation de la tuberculose et d'autres maladies contagieuses. La tuberculose est plus évitable que beaucoup d'autres affections contagieuses, le phtisique n'étant dangereux que par ses crachats qui renferment par milliers le germe de la maladie, le bacille de la tuberculose. Desséchés, mélangés aux poussières, les crachats des phtisiques portent partout le bacille tuberculeux. Ce bacille attaque tous les organes, mais frappe de préférence les poumons dans lesquels il pénètre avec l'air de la respiration (poitrinaires, phtisiques). Tout crachat est suspect, car, à première vue, rien ne prouve qu'il ne contient pas de bacilles. Malgré sa gravité, la tuberculose est guérissable à tous les degrés.

Moyens de préservation. — 1° Contre les germes provenant des crachats : le crachoir hygiénique ; la désinfection des appartements, linges, vêtements, etc. ; la suppression du balayage à sec ; la protection des substances alimentaires contre le dépôt des poussières.

2° Contre les germes provenant des animaux tuberculeux : l'ébullition ou la stérilisation du lait ; la cuisson suffisamment prolongée de la viande.

3° Contre la prédisposition : une bonne hygiène qui permette à nos organes de conserver vis-à-vis des microbes le pouvoir de résistance que leur feraient perdre le surmenage, les excès, les intempéries atmosphériques, l'insalubrité du logement et surtout l'alcoolisation.

Un musée d'hygiène industrielle.

M. G. Trouillot, ministre du commerce, a soumis à la signature du président de la République un décret apportant un certain nombre de modifications et d'additions aux actes qui régissent le Conservatoire national des arts et métiers.

Une des dispositions de ce décret mérite d'être particulièrement signalée, c'est celle qui institue au Conservatoire un Musée de la prévention des accidents du travail et d'hygiène industrielle.

L'initiative de cette création avait été prise, en 1903, par l'Association des industriels de France contre les accidents du travail. Mis au courant de ce projet, le conseil d'administration du Conservatoire chargea une commission spéciale de l'étude de la question, et c'est à la suite des travaux de cette commission et des renseignements recueillis sur les musées analogues existants à Charlottenbourg, à Munich et à Amsterdam, que la création du musée de la prévention des accidents du travail et d'hygiène Industrielle a été définitivement arrêtée.

Conformément aux propositions du conseil d'administration, le nouveau musée fera partie intégrante du Conservatoire national des arts et métiers ; il sera pourvu d'une commission technique dans laquelle seront représentées les

associations apportant à l'œuvre leur concours financier. D'importantes souscriptions ont déjà été recueillies de la part, tant de l'Association des industriels de France que de diverses autres sociétés, telles que l'Association parisienne des propriétaires d'appareils à vapeur, le Comité central des houillières de France, la Société d'encouragement pour l'Industrie nationale, etc.

Ce musée offrira aux industriels et aux ouvriers une exposition permanente de modèles et d'appareils qui se renouvelleront constamment, au fur et à mesure qu'apparaîtront des inventions nouvelles. (*Le Temps.*)

La ladrerie des porcs et des bœufs.

M. Bascou, dans son rapport sur les opérations du service sanitaire vétérinaire de Paris et de la Seine, en 1903, donne d'intéressants renseignements sur la ladrerie des porcs et des bœufs.

La ladrerie du porc paraît moins fréquente. Les langueyages, effectués sur les marchés, ont pour effet d'éliminer un grand nombre de sujets dangereux qui peuvent revenir plus tard en partie sous forme de saucissons ou de pâtés. Il y a là un danger qui cessera lorsque tous les départements auront établi l'inspection de leurs abattoirs et tueries.

Les chiffres suivants donnent une idée de la fréquence de la ladrerie du porc aux abattoirs de la Villette. — Nombre de porcs abattus : en 1899, 193.027 ; en 1900, 225.874 ; en 1901, 234.523 ; en 1902, 224.206 ; en 1903, 233.468. — Nombre de porcs ladres : en 1899, 43 ; en 1900, 83 ; en 1901, 115 ; en 1902, 82 ; en 1903, 32. — Kilogrammes de viande saisis : en 1899, 3.305 ; en 1900, 6.352 ; en 1901, 8.936 ; en 1902, 7.414 ; en 1903, 2.440.

Quant à la ladrerie du bœuf, elle est quasi-inconnue sur le bétail abattu à Paris. La vérité est de dire qu'elle est rarement décelée et que la présence même du tænia inerme sur l'homme (14 0/00, d'après Béranger-Feraud) permet de croire que la cysticercose bovine passe inaperçue. C'est là une preuve indirecte de l'insuffisance numérique du personnel d'inspection dans les abattoirs et aux Halles. La facilité avec laquelle l'homme se débarrasse de ces hôtes, bien plus incommodes que dangereux (tænia solium et tænia saginata) fait qu'à vrai dire la question perd beaucoup de son importance.

LES CONGRÈS

Premier congrès international d'assainissement et de salubrité de l'habitation

Ce Congrès est organisé à l'occasion de l'Exposition internationale de 1904 sous les auspices de la Société française d'hygiène avec le concours de la Société Centrale des architectes français et de la Société des architectes diplômés par le gouvernement. Il aura lieu à Paris au Grand Palais des Champs-Elysées du 1er au 8 novembre 1904. Les congressistes bénéficieront de réductions de 50 % sur tous les grands réseaux de chemins de fer français pour se rendre au Congrès et rejoindre leur résidence, et de réductions sur diverses Compagnies étrangères.

Le bureau du Congrès comprend : M. Janssen, Membre de l'Institut, Président de la Société Française d'hygiène, *président* ; — MM. Ch. V. Bartaumieux, Bonnier, de Paris ; Dr Félix Brémond, Cacheux, Dr A.-J. Martin, Dr Régnard, Dr Jules Renault, *vice-présidents* ; — M F. Marié-Davy, *secrétaire général* ; — MM. Dr Boureille, Dr Charlier, Depoully, H. Garnier, M. L. George, Umbdenstock, A. de Vaulabelle, *secrétaires* ; — M. Landau, *Trésorier*.

Le congrès a pour but d'étudier les conditions hygiéniques dans lesquelles sont construits et installés les locaux destinés à l'habitation, de rechercher les améliorations susceptibles d'être introduites dans la construction, l'aménagement et l'entretien de ces locaux, et de déterminer les moyens pratiques d'obtenir l'application des principes de l'hygiène par les municipalités, les propriétaires et les armateurs, les architectes et ingénieurs, les entrepreneurs, ainsi que par les occupants mêmes de ces locaux. — Il comprendra l'étude, à ce point de vue, des maisons urbaines et rurales, des habitations ouvrières, des hôtels meublés et logements loués en garni et des locaux scolaires et celle de l'aménagement des navires en vue de l'habitation.

Les 1er et 2 novembre seront consacrés aux séances préparatoires. Le 3 novembre, séance générale d'inauguration. — Du 4 au 7, séances des sections. — Le 8, séance générale de clôture.

La langue officielle du Congrès est le français, mais les communications pourront être lues dans la langue des adhérents.

Le Congrès comprendra sept sections :

Section I. — *Habitations urbaines.* — Construction — Disposition générale de l'immeuble — Exposition — Ouvertures — Cours et courettes — Disposition des locaux — Cube d'air — Chauffage et ventilation — Aménagement en vue de la lutte contre les maladies transmissibles — Ameublement — Entretien — Réglementation. — Rapporteur : M. Juillerat, chef du Bureau de l'Assainissement et du Casier Sanitaire des maisons de Paris.

Section II. — *Habitations rurales.* — Construction — Disposition des locaux destinés à l'habitation — Exposition — Ouvertures — Cubes d'air — Chauffage et ventilation — Aménagement en vue de la lutte contre les maladies transmissibles — Ameublement — Entretien — Emplacement, disposition et aménagement des locaux annexes — Réglementation. — Rapporteurs : MM. F. Marié-Davy, ingénieur-agronome, membre de la commission d'hygiène du XIVe Arrondissement, secrétaire de la Société Française d'Hygiène ; Pion, vétérinaire-sanitaire du département de la Seine.

Section III. — *Habitations ouvrières.* — Hygiène du logement populaire — Choix du type de logements — Voies et moyens législatifs, judiciaires et financiers. — Rapporteurs : MM. Cheysson, membre de l'Institut ; Cacheux, ingénieur civil ; Pierre Edouard Weber, avocat à la Cour d'Appel ; Roger Merlin.

Section IV. — *Habitations louées en garni.* — Hôtels urbains — Hôtels de villes d'eaux et de stations balnéaires — Auberges — Appartements et maisons meublées — Garnis. — Rapporteur : M. A. Joltrain, secrétaire général de la Société Française d'Hygiène.

Section V. — *Habitations scolaires.* — Construction — Disposition générale — Emplacement et exposition des différents locaux : dortoirs, classes, réfectoires — Ouvertures — Eclairage — Cube d'air — Alimentation en eau et distribution : eau potable, toilette, bains — Chauffage et ventilation — Aménagement en vue de la lutte contre les maladies transmissibles ; infirmerie, isolement — Mobilier scolaire — Cours et préaux. — Rapporteur : M. L.-C. Lacau, architecte, membre de la Société Centrale des Architectes Français.

Section VI. — *Habitations flottantes.* — Navires de guerre — Navires de commerce et de pêche — Bateaux de rivière et canaux. — Rapporteur : M. le Dr Henry Thierry, Inspecteur général adjoint de l'Assainissement et de la Salubrité de l'habitation.

Section VII. — *Alimentation en eau potable et évacuation des matières usées.* — Rapporteurs : MM. Babinet, ingénieur en chef des Ponts et Chaussées ; Masson, inspecteur de l'assainissement ; Le Couppey de la Forest, ingénieur agronome, ingénieur des Améliorations Agricoles au ministère de l'Agriculture.

Les adhésions doivent être adressées, accompagnées du montant de la cotisation en mandat-poste, au Secrétaire général du Congrès, M. F. Marié-Davy, 7, rue Brézin, Paris (14e Arrond). — Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat général, par écrit, ou verbalement, les mardis et samedis matin, avant onze heures.

La fièvre typhoïde a Saint-Etienne. — La fièvre typhoïde, d'après le *Matin*, fait, à Saint-Etienne, et surtout dans la garnison, de grands ravages. Depuis septembre, il y aurait eu douze décès à l'hôpital militaire seulement.

On attribue l'épidémie à la baisse des eaux et à la sécheresse. Le 30e dragons a été frappé le plus durement : les infiltrations de matières organiques avaient pollué les conduites de son casernement. Une trentaine de militaires sont encore en traitement. On estime les civils atteints à une cinquantaine.

FORMULES

XV. — Contre les bronchites fétides.

Hyposulfite de soude........... 4 grammes.
Sirop d'eucalyptus............ 50 —
Teinture de cannelle.......... 10 —
Eau distillée de tilleul......... 100 —

1 cuillerée à soupe toutes les deux heures,

ou :

Créosote de hêtre.............. 0 gr. 50
Laudanum de Sydenham........ XV gouttes.
Jaune d'œuf n° 1.
Eau bouillie tiéde q. s.

pour un petit lavement, à garder.

Actes et thèses de la Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat. — *Mercredi 26 octobre 1904*, à 1 heure. — *M. Mollet* : Rabelais clinicien ; MM. Brissaud, Gaucher, Reclus, Broca (Aug.). — *M. Sebileau* : De la cyanose congénitale paroxystique ; MM. Gaucher, Brissaud, Reclus, Broca (Aug.). — *M. Duchesne* : De l'emploi du penghawas djambi comme hémostatique en rhinologie ; MM. Reclus, Brissaud, Gaucher, Broca (Aug.). — *M. Reboul* : Les tumeurs malignes de l'intestin chez les enfants (étude clinique) ; MM. Reclus, Brissaud, Gaucher, Broca (Aug.).

Jeudi 27 octobre 1904, à 1 heure. — *M. Dalimier* : Modes d'action du chloroforme sur le rein ; MM. Debove, Joffroy, Gilbert, Dupré. — *M. Lafarge* : Une consultation à Bicêtre. Service des enfants anormaux (16 juin 1904) ; MM. Joffroy, Debove, Gilbert, Dupré. — *M. Gaultry* : Des modifications subies par le pouls sous l'influence de la toux à l'état normal et à l'état pathologique ; MM. Gilbert, Debove, Joffroy, Dupré. — *M. Nel* : De l'ectopie testiculaire par ascension de la glande : MM. Le Dentu, Raymond. Berger, Jeanselme. — *M. Binant* : L'hystérie en chirurgie ; MM. Raymond, Le Dentu, Berger, Jeanselme. — *M. Regnat* : Contribution à l'étude de la transplantation de l'anus au périnée dans certains cas de malformations anales ; MM. Berger, Le Dentu, Raymond, Jeanselme. — *M. San on* : De la torsion du pédicule dans les tumeurs liquides des annexes (kystes de l'ovaire — hydrcsalpinx) ; MM. Berger, Le Dentu, Raymond, Jeanselme. — *M. Caridi Missirlioglou* : Le « Veratrum viride» dans le traitement de l'éclampsie ; MM. Budin, Pozzi, Bonnaire, Demelin. — *M. Verdier* : De l'opportunité et du choix d'une intervention dans l'avortement incomplet ; MM. Budin, Pozzi, Bonnaire, Demelin. — *M. Verde-Delisle* : Indications des quantités de lait à donner dans l'allaitement artificiel des nourrissons âgés de cinq mois à deux ans ; MM. Budin, Pozzi, Bonnaire, Demelin. — *M. Pouliot* : Des accidents qui compliquent les maladies du cœur au cours de la grossesse ; MM. Pozzi, Budin, Bonnaire, Demelin.

Examens de doctorat. — *Lundi 24 octobre 1904*. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série) : MM. Kirmisson, Tuffier, Mauclaire. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série) : MM. Reclus, Lejars, Gosset.— 5e (2e partie) : MM. Hayem, Déjerine, Teissier.

Mardi 25 octobre 1904. — (Médecine opératoire) : MM. Pozzi, Poirier, Hartmann.— 4e : MM. Chantemesse. Dupré, Richard. — 5e (Chirurgie, 1re partie) : MM. Berger, De Lapersonne, Faure.— 5e (2e partie) : MM. Dieulafoy, Achard, Thoinot.

Mercredi 26 octobre 1904. — 3e (2e partie) : MM. Gautier, Blanchard, Legry. — 2e : MM. Ch. Richet. Retterer, Broca (André).— 1er (Sages-femmes) : MM. Remy, Vallich, Potocki.— 5e (2e partie) : MM. Landouzy, Wurtz, Besançon.

Jeudi 27 octobre 1904. — 3e (2e partie, Oral) : MM. Hutinel, Achard. Guiart. — 4e : MM. Pouchet, Thoinot, Langlois.

Vendredi 28 octobre 1904.— 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série) : MM. Kirmisson, Delens, Legueu. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série) : MM. Tuffier, Gosset, Cunéo.— 5e (Obstétrique, 1re partie) : MM. Pinard. Lepage, Wallich.

Samedi 29 octobre 1904.— 5e (2e partie, 1re série) : MM. Hutinel, Troisier, Widal.— 5e (2e partie, 2e série) : MM. Gilbert, Thiroloix, Renon. — 5e (Obstétrique, 1re partie) : MM. Bonnaire, Demelin, Potocki.

Nominations. — M. Rénon, agrégé, est délégué, en outre, du 1er novembre 1904 au 31 octobre 1906 dans les fonctions de chargé d'un cours de clinique annexe (hôpital de la Pitié).

M. Broca (Auguste), chirurgien des hôpitaux, est délégué du 1er novembre 1904 au 31 octobre 1906 dans les fonctions de chargé d'un cours de clinique annexe (hôpital Laënnec) en remplacement de M. Reclus, appelé à d'autres fonctions.

M. Josué, docteur en médecine, est nommé pour l'année 1904-1905, chef de laboratoire de pathologie expérimentale et comparée.

Cours d'anatomie. — M. le Pr Poirier commencera le cours d'anatomie le mercredi 9 novembre 1904, à 4 heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. *Objet du cours* : Organes de la respiration.

Cours de clinique médicale. — M. G. Hayem commencera son cours de clinique médicale, à l'Hôpital Saint-Antoine, le samedi 12 novembre 1904, à 10 heures, au Pavillon Moïana, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure. — *Enseignement complémentaire* : technique clinique, par M. Ghika, chef de clinique ; anatomie pathologique et bactériologie, par M. Rosenthal ; conférences pratiques d'ophtalmologie, par M. Terrien. Les élèves qui désirent suivre ces cours devront se faire inscrire par M. Rosenthal, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. Gaucher commencera ce cours le dimanche 6 novembre 1904, à 10 heures du matin (Hôpital Saint-Louis), et le continuera les mercredis et dimanches suivants, à la même heure. Dimanche : leçon didactique : dermatoses vasculaires ; dermatoses pigmentaires ; dermatoses hypertrophiques. Mercredi : Leçon clinique.

Cours de clinique chirurgicale infantile (Fondation de la ville de Paris). — M. Kirmisson commencera son cours de clinique chirurgicale infantile, Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, le mardi 8 novembre 1904, à 10 heures du matin, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure. Mardi et samedi, à 10 heures : leçons du professeur. Jeudi, de 10 heures à midi : consultations orthopédiques (conférence clinique et examen des malades).

Clinique ophtalmologique de l'Hotel-Dieu. — M. le prof. F. de Lapersonne, commencera son cours de clinique ophtalmologique le jeudi 3 novembre 1904.— *Ordre de service* : Lundi, à 9 heures 1/2 ; policlinique (salle de consultation). Mardi, à 9 heures 1/2 : opérations. Mercredi, à 10 heures : examens ophtalmoscopiques. Jeudi, à 9 heures 1/2 : opérations. Vendredi, à 10 heures : leçons cliniques (amphithéâtre Dupuytren). Tous les matins, à 9 heures : consultation externe. La première leçon à l'amphithéâtre Dupuytren aura lieu le vendredi 18 novembre, à 10 heures.

Cours d'histologie. — M. A. Branca, agrégé, chargé de cours, commencera le cours d'histologie le mardi 8 novembre 1904, à 4 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — *Objet du cours* : La cellule ; Les épithéliums ; Les produits sexuels et la fécondation.

Cours d'histoire naturelle médicale. — M. le prof. Blanchard commencera le cours d'histoire naturelle médicale le mercredi 9 novembre 1904, à 4 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure. — *Programme du cours* : Du Parasitisme et de son importance en pathologie. Etude spéciale des protozoaires pathogénes.

Cours de médecine légale. — M. Brouardel commencera le cours de médecine légale le lundi 7 novembre 1904, à 4 heures de l'aprés-midi (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Cours d'anatomie pathologique. — M. Cornil commencera le cours d'anatomie pathologique le lundi 7 novembre 1904, à 5 heures de l'aprés-midi (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure (dans le même amphithéâtre), les mercredis, à 2 heures, dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique (2e étage). *Objet du cours* : Anatomie pathologique du système génito-urinaire de l'homme et de la femme. — Tumeurs du sein.

Anatomie (cours du chef des travaux). — M. Rieffel, agrégé, chef des travaux anatomiques, commencera son cours le mardi 15 novembre 1904, à 4 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. *Objet du cours* : Anatomie descriptive et topographique des membres.

Ecole pratique. — Exercices opératoires, sous la direction de M. le Prof. Reclus et de M. Hartmann, agrégé, sous-directeur des travaux de médecine opératoire. — *Cours facultatif d'automne*. M. le Dr Labby, prosecteur, avec le concours de 6 aides d'anatomie, fera sa première démonstration le lundi 17 octobre 1904, à 1 heure 1/4 précise, pavillon n° 7.

Conférences d'hygiène. — M. Macaigne, agrégé, commencera ses conférences le mercredi 9 novembre 1904, à 3 heures (au grand amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Conférences de chimie biologique. — M. L. Maillard, agrégé, commencera les conférences de chimie biologique le samedi 5 novembre 1904, à 5 heures (amphithéâtre de physique et de chimie, à la Faculté), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — *Sujet des Conférences* : les principes constitutifs de l'organisme.

Conférences de pathologie interne. — M Paul Carnot, agrégé, commencera ces conférences le lundi 7 novembre 1904, à 6 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. *Objet du cours* : Intoxications et auto-intoxications.

Conférences d'obstétrique. — M. Brindeau, agrégé, commencera ces conférences le mardi 8 novembre 1904, à 6 heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Clinique médicale. — M. le Pr Debove fera ses leçons de clinique médicale tous les matins, à 10 heures, dans l'Amphithéâtre de Clinique médicale. Visite et examen des malades, tous les matins, à 9 heures, salles Behier (femmes) et Sandras (hommes).

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 2 octobre au samedi 8 octobre 1904, les naissances ont été au nombre de 957, se décomposant ainsi : légitimes 708, illégitimes 249.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 791, savoir : 416 hommes et 375 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 7. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 1. — Scarlatine : 0. — Coqueluche : 5. — Diphtérie et Croup : 3. — Grippe : 0. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 4. — Tuberculose des poumons : 187. — Tuberculose des méninges : 13. — Autres tuberculoses : 11. — Cancer et autres tumeurs malignes : 54. — Méningite simple : 14. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 48. — Maladies organiques du cœur : 57. — Bronchite aiguë : 1. — Bronchite chronique : 15. — Pneumonie : 32. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 61. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 8. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 2 ; autre alimentation : 25. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 5. — Hernies, obstruction intestinale : 2. — Cirrhose du foie : 5. — Néphrite et mal de Bright : 28. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 4. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 1. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : 20. — Débilité sénile : 35. — Morts violentes : 33. — Suicides : 11. — Autres maladies : 101. — Maladies inconnues ou mal définies : 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 78, qui se décomposent ainsi : légitimes 45, illégitimes 33.

Honorariat de l'assistance médicale. — M. le Dr Le Coin est nommé médecin honoraire du service de l'Assistance médicale de Paris. M. le Dr Le Coin fut de longues années secrétaire général de la Société médicale des Bureaux de Bienfaisance de Paris. Il consacra la plus grande partie de sa longue carrière de travail et de dévouement au service des malheureux, qu'une grave maladie, dont il est heureusement remis aujourd'hui, l'obligea seule à abandonner. Tous les médecins des Bureaux de Bienfaisance de Paris seront heureux de voir conférer à leur distingué et vénéré collègue un honorariat auquel il avait tous les droits. J.N.

Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes. — M. Houlbert, docteur ès sciences naturelles, professeur au lycée de Rennes, est chargé d'un cours d'histoire naturelle à l'Ecole de Rennes. M. Houlbert, docteur ès sciences, chargé d'un cours d'histoire naturelle, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1904-1905, des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.

Un concours s'ouvrira, le 20 avril 1905, devant l'école de médecine de Rennes pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à la dite école.

Ecole de médecine d'Alger. — Un concours s'ouvrira, le 4 mars 1905, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de chirurgie à l Ecole de médecine d'Alger.

Ecole de Médecine de Dijon. — Un concours s'ouvrira, le 20 avril 1905, devant la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine de Dijon.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont. — M. Maurin, suppléant des chaires de pathologie et clinique médicale, est chargé, en outre, du 1er novembre 1904 au 31 octobre 1907, d'un cours de pathologie médicale.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims. Un concours s'ouvrira le 15 avril 1905 devant l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Nancy, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

Surveillance des sources dans les villes de garnison. — Sur l'invitation du ministre de la guerre, l'Académie de médecine vient de nommer une commission composée de MM. Brouardel, Chantemesse, Collin, Gariel, Pouchet, Roux et Vallin, qui aura pour mission d'étudier, sous la présidence du professeur Tillaux, l'organisation d'une surveillance active des sources d'eau dans les villes de garnison.

L'usage de la céruse rétabli en Belgique. — En renouvelant les contrats des travaux de peinture du matériel et de la voie, l'administration des chemins de fer belges vient de supprimer l'emploi du blanc de zinc, à l'essai depuis deux ans, et a rétabli l'usage de la céruse.

Curieuse statistique. — A quel âge les personnes célèbres atteignent-elles la renommée ? Un Américain qui a fait cette curieuse statistique, selon le *Gaulois*, a trouvé que 54 acteurs étaient devenus célèbres à l'âge moyen de 30 ans, 1.000 professeurs à 50 ans, 26 inventeurs à 55 ans, 857 juriconsultes à 55 ans, 111 musiciens à 40 ans, 540 *médecins à 47 ans*, 416 naturalistes à 58 ans, 260 artistes à 40 ans, 528 écrivains à 38 ans, et 509 journalistes à 50 ans.

Il a fait les mêmes calculs pour les femmes, et voici ce qu'il a trouvé : 40 actrices sont devenues célèbres à 25 ans, 11 professoresses à 40 ans, 4 femmes juriconsultes à 45 ans, 217 musiciennes à 40 ans, 7 *doctoresses à 42 ans*, 7 naturalistes à 50 ans, 21 artistes à 40 ans, 272 femmes de lettres à 40 ans, et 4 femmes journalistes à 60 ans.

A cent deux ans. — Dans le petit village lorrain de Tilly, vient de mourir à l'âge de prés de cent deux ans, Mme veuve Labainville. Cette brave femme, qui a conservé sa lucidité d'esprit jusqu'au dernier moment était née le 3 décembre 1802.

La suppression du pourboire en Angleterre. — La plupart des journaux anglais commentent la tentative qui est faite en ce moment pour l'abolition du pourboire. L'initiative a été prise par une société qui fonda récemment dans le Strand un grand restaurant avec interdiction aux garçons de recevoir aucun pourboire. Le succès de cet établissement a été foudroyant. La conséquence a été qu'un grand nombre de restaurants de la capitale ont suivi cet exemple et aboli le pourboire. Les journaux se demandent si cette modification sera maintenue. La suppression du pourboire a été déjà tentée maintes fois, mais on est revenu aprés un certain temps aux vieux usages.

Congestion du cœur ! — Tous les journaux politiques annoncent que la princesse des Asturies, sœur du roi d'Espagne, vient de mourir à la suite de ses couches d'une congestion au cœur ? ?

Le record du suicide. — Il appartient à une jeune fille américaine nommée Cécil David. La jeune désespérée, qui vient d'avoir recours au classique charbon pour mettre fin à ses jours, avait déjà tenté « vingt-six fois » de mettre un terme à la vie qui lui pesait. Elle avait tour à tour essayé l'acide carbonique, le laudanum, la « mort aux rats », la strychnine, la noyade, le poignard. (*Lyon médical* du 9 octobre.)

Mot de la fin. Scepticisme ! — Ah ! docteur, je n'oublierai pas que je vous dois la vie... — N'exagérons rien... Vous ne me devez que vingt et une visites.. (*Marseille-Médical*, 1er octobre.)

Chronique des hôpitaux

Concours de l'externat. — Le jury est divisé de la façon suivante :

Anatomie : MM. Gasne, Bernard, Lenormand et Herbet. Séances, le mardi, jeudi, samedi à 4 h. 1/2.

Pathologie : MM. Roubinowitch, Papillon, Gosset et Rudaux. Séances, lundi, mercredi, vendredi à 4 h. 1/2.

A la séance de pathologie pour les candidats militaires du 17 octobre, la question sortie de l'urne était : *Symptômes des épanchements liquides de la plèvre.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE
19, rue Hautefeuille.

AUVRAY (Maurice). — La chirurgie du médiastin antérieur. 1 vol. In-8° de 224 pages. Prix........................ 6 fr.

BOCQUILLON-LIMOUSIN. — Manuel des plantes médicinales coloniales et exotiques. 1 vol. In-18 de 314 pages. Prix..... 3 fr.

BORDIER. — Les rayons N et les rayons N'. 1 vol. In-16 de 95 pages. Prix.................................... 1 fr. 50

PANSIER (P.) — Magistri David Armenici compilatio in libros de oculorum carationibus accanamosali. 1 vol. In-8° de 54 pages.

Librairie J. RUEFF
106, boulevard Saint-Germain.

DARIER (J.). — De l'artérite syphilitique. 1 vol. In-8° de 164 pages. Prix.................................... 6 fr.

Librairie A. MALOINE
25-27, rue de l'École-de-Médecine.

GODLEWSKI (A.). — Les neurasthénies. 1 vol. In-16 de 314 pages. Prix.................................... 4 fr.

Librairie ARMAND COLIN
5, rue de Mézières.

PINARD (A.). — La puériculture du premier âge. 1 vol. In-18 de 188 pages.

Librairie G. STEINHEIL
2, rue Casimir-Delavigne.

ECHHORST (Hermann). — Traité de diagnostic médical. Traduction française par Marfan (A. B.) et Léon-Bernard. 1 vol. In-8° de 880 pages. 3e édition. Prix........................ 20 fr.

Librairie DOIN
8, place de l'Odéon.

KLEIN (A.) et JACOBSON (D.). — Le traitement de la tuberculose par le sérum Marmorek. In-8° de 48 pages. Prix.......... 1 fr.

Librairie JULES ROUSSET
5, rue Casimir-Delavigne.

BYLA (Pierre). — Les produits biologiques médicinaux. Albuminoïdes. Enzymes. Organothérapie. 1 vol. In-18 de 284 pages. Prix.................................... 3 fr. 50

GUERMONPREZ (Fr.) — Luxation congénitale de la hanche. In-18 de 46 pages

Librairie H. FARJAS
36, rue de l'Arcade.

FOVEAU DE COURMELLES. — Les applications médicales du radium. 1 vol. In-12 de 128 pages. Prix................ 1 fr. 25

COURJON et GRANDVILLIERS (Louis). — Des projets ayant pour but d'accroître la population et de l'intervention du législateur. In-8° de 4 pages. Hôtel des Sociétés savantes. Paris.

DIDE (Maurice). — Dermato-psychies. In-8° de 38 pages. Imp. Simon à Rennes.

DUMAS. — IIe lettre à un jeune homme qui veut étudier la médecine. In-18 de 8 pages. Imp. Daix à Clermont (Oise).

DUMAS. — IIIe lettre à un jeune homme qui veut étudier la médecine. In-18 de 12 pages. Imp. Daix à Clermont (Oise).

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES, CLERMONT (OISE).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

3e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XX. N° 44. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 29 OCTOBRE 1904

Le Progrès Médical

NUMÉRO DES ÉTUDIANTS

Nous prions instamment toutes les personnes auxquelles nous avons demandé des renseignements destinés au NUMÉRO DES ETUDIANTS, *de nous les adresser* **immédiatement**, *ce numéro devant paraître le 5 novembre.*

PATHOLOGIE INTERNE

Troubles morbides occasionnés par la piqûre du frelon ;

Par le Dr **Paul FABRE** (de Commentry),
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Médecin en chef de l'hôpital de Commentry,
Membre honoraire de l'Académie Royale de Médecine de Belgique.

Les phénomènes morbides qui succèdent aux piqûres d'hyménoptères autres que les abeilles ne sont pas encore bien connus ni bien précisés. Aussi quelques faits qui se sont présentés à mon observation, durant le cours de ces dernières années, ont-ils attiré et retenu mon attention sur ce sujet. Il y a cinq ans, en septembre 1899, j'avais eu l'occasion de constater des phénomènes qui me surprirent chez un homme de 55 ans qui venait d'être piqué à la nuque par un bourdon (1) (état syncopal, vomissements, éruption scarlatiforme). Au mois de septembre 1903, j'observais également des troubles sérieux avec éruption intense d'urticaire chez un homme de 45 ans à la suite d'une piqûre de guêpe à la lèvre supérieure, et j'en fis l'objet d'une communication à la Société des Sciences médicales de Gannat (séance d'octobre). Dans cette communication je disais (2) : « Le frelon, *vespa crabro*, le *calabrone* des Italiens, a fort mauvaise réputation, on le sait, mais son rôle dans la pathologie humaine de cause hyménoptérienne est très mal défini, puisqu'il n'a été que rarement et forcément, par cela seul aussi, mal observé ».

(1) Voir le *Centre Médical et pharmaceutique* (déc. 1899).
(2) Voir le *Journal des praticiens*, 1903, pp. 802-804.

D'après les apparences de l'animal, ses méfaits doivent être redoutables, bien plus que ceux dus à ses congénères. Mais il nous paraît difficile d'en parler d'une manière spéciale et appuyée sur des faits précis.

Parmi les auteurs les plus recommandables qui ont écrit sur ce sujet des piqûres des hyménoptères, citons Bollinger (1), qui affirme que la piqûre du frelon est plus dangereuse que celle de la guêpe et surtout que celle de l'abeille. « Cette assertion, ajoutais-je, quoique vraisemblable, nous paraît bien aventurée. En tout cas, il est, croyons-nous, bien plus facile de se garantir des frelons que des guêpes (et peut être aussi que des abeilles). Les frelons se voient mieux et même se font mieux entendre. Ils sont bien moins nombreux, je crois pouvoir l'assurer, sans avoir essayé d'en faire le recensement ». Or voici que le 12 juillet dernier 1904, j'ai eu l'occasion d'observer les phénomènes les plus inquiétants, en même temps que des plus rapides, chez un jeune homme de 15 ans 1/2, qui venait d'être piqué par un frelon, au bord interne du pied. Hâtons-nous de donner la relation de ce fait.

OBSERVATION. — Piqûre de frelon près du bord interne de la face dorsale du tarse. — Lipothymie. — Syncope. — Vomissements. — Diurèse. — Guérison.

A N... trieur de charbon à l'atelier central des houillères de Commentry, est un jeune homme âgé de 15 ans 1/2, grand et fort pour son âge, cheveux et iris d'un châtain foncé, bien portant d'habitude, de parents sains. Le mardi 12 juillet 1904, à 7 heures du matin, il était allé manger la soupe, laissant ses sabots à la place où il travaillait. Quand il revient, en rentrant son pied droit dans son sabot, il ressent une piqûre assez vive. Il retire son pied, aperçoit un insecte, et, de la main qui tient le sabot, il écrase l'insecte agresseur. Presque aussitôt, A. N... éprouve une sorte d'engourdissement qui du pied droit monte dans son mollet, gagne la cuisse, puis s'étend à tout le bassin et arrive rapidement jusqu'au cœur : vertiges, syncope, chute, refroidissement subit, vomissement de la soupe qu'il vient d'ingérer. On se précipite à son secours, on le frictionne avec de l'eau-de-vie camphrée pendant qu'un des employés témoins de l'accident vient me chercher. J'arrive au bout de 10 à 15 minutes. A. N.. est couché, peau froide, pouls faible : la face est violacée : les lèvres et les paupières sont tuméfiées ; les conjonctives ocu-

(1) Infectionen durch Thiergilfte (in ZIEMSSEN « *Handbuch den Speciellen Pathologie* » Leipzig, 1876, III, 653).

laires sont congestionnées. Son pantalon est trempé d'urine. Le cœur, que j'ausculte, bat faiblement, environ cinquante fois par minute. Le siège de la piqûre est à peine visible : un point brun vers le bord interne du tarse, à la face supérieure et non sur le trajet d'une veine. On a appliqué de l'ammoniaque sur le point piqué ; j'y mets une forte pincée de sel de cuisine à peine humecté d'un peu d'eau, et un linge autour. A. N... finit par recouvrer connaissance et répondre à mes questions. Je le fais mettre sur une voiture, la tête basse, pour le faire conduire chez lui. Il a des frissons, on l'enveloppe avec des couvertures de laine. Il commence à prendre une potion ainsi formulée :

R...	Acétate d'ammoniaque...........	8 gr.
	Sirop d'éther....................	20 gr.
	Sirop des 5 racines..............	40 gr.
	Infusion de pariétaire............	125 gr.

F. S. A. — une potion qu'il continuera à prendre par cuillerée à bouche de demi-heure en demi-heure. Aussitôt arrivé chez lui on lui donne un lavement purgatif avec :

R ..	Sulfate de soude.................	50 gr.
	Miel de mercuriale...............	100 gr.
	Follicules de Séné...............	10 gr.
	Eau...............................	300 gr.

On le couche, on lui donne une tasse de café chaud, on le couvre de manière à le faire transpirer. La température axillaire est à 36°4. Le pouls bat 72 à 76 fois par minute. Le pourtour de la piqûre est un peu enflé avec un point rouge au centre sans trace d'aiguillon. Le lavement amène assez rapidement une forte selle. A. N... s'endort. Lorsqu'il se réveille au bout de 5 heures, il se sent bien mieux. Il est tout en sueur. Le lendemain soir, quand je le revois, il ressent à peine un peu de lassitude et de courbature générale, et ce n'est que sur ma prescription qu'il consent à attendre jusqu'au surlendemain pour aller reprendre ses occupatioes habituelles. La diurèse a continué toute la journée du 13. La transpiration a été aussi très abondante comme dans l'après-midi du 12. Il n'y a pas eu de sialorrhée constatée.

Quelques jours après on cherchait en vain la trace de la piqûre par où le venin avait été introduit.

Le cadavre de l'insecte fut recherché sur ma demande, retrouvé de suite près du sabot, et me fut remis.

C'était un frelon que, dans le Bourbonnais, on appelle vulgairement un *bregot*. On voyait saillir un double piquant bifurqué à son extrémité abdominale. J'envoyai de suite l'insecte à un savant naturaliste de Moulins, M. Ernest Olivier, qui confirma mon opinion.

Je dois ajouter que A. N... avait été piqué antérieurement et plusieurs fois par des guêpes sans avoir éprouvé aucun phénomène appréciable en dehors de la sensation momentanée et localisée de la piqûre.

Remarques. — Bien que le frelon présente un corps beaucoup plus volumineux que la guêpe vulgaire, qu'il dépasse d'un tiers sinon du double (2 centimètres 1/2 à 3 centimètres et plus au lieu de 1 cm. 5 à 1 cm. 8) on trouve peu d'observations détaillées et bien nettes des piqûres de cet hyménoptère. C'est que le plus souvent l'insecte coupable disparait aussitôt après avoir planté son aiguillon. Aussi n'a-t-on que des données pour ainsi dire générales et un peu vagues sur l'effet de ces piqûres.

Déjà Pline avait dit que trois fois neuf piqûres de frelon suffisent pour tuer un homme (1). Avicenne, en parlant des grosses guêpes à tête noire, fait probablement allusion aux frelons (2). Avicenne parle de plusieurs aiguillons, considère ces insectes comme très dangereux et conseille de grandes précautions, car ils peuvent amener des convulsions (spasmes), de la faiblesse des genoux, et jusqu'à de l'embarras de la parole. Jérome Cardan, dans son *Traité des Poisons* (1), met quant à la toxicité, l'aiguillon du frelon a côté des piqûres du scorpion, de certaines araignées, et il ajoute que ces piqûres sont bien plus nuisibles dans la période caniculaire que dans les autres mois de l'année.

Au XVIII[e] siècle, Réaumur, plus optimiste, écrivait : « Les piqûres des frelons sont plus sensibles que celles des guêpes ; elles ne le sont pourtant pas, au moins dans ce pays, au point qu'ont fait entendre quelques auteurs qui prescrivent contre elles des remèdes comme contre les poisons les plus dangereux. »

Amoreux, de Montpellier, qui s'est occupé beaucoup d'art vétérinaire et d'histoire naturelle, et spécialement des insectes venimeux, a dit (2) : « Les piqûres de guêpes sont cuisantes, celles de frelons sont terribles. » Puis est venu Hippolyte Cloquet qui, dans le tome V de sa *Faune de médecins* (Paris, 1822-25), cite le frelon (vespa crabro), comme la plus dangereuse de nos guêpes indigènes.

Richerand a rapporté le cas d'une dame qui fut piquée par un frelon sur le doigt médius de la main gauche. La douleur fut très vive ; en moins de quelques secondes, son corps entier se tuméfia ; la peau devint généralement rouge et boutonneuse et une fièvre ardente se développa. Cabanis traita heureusement la malade. En quelques heures, le gonflement, la rougeur et la fièvre disparurent. Au quatrième jour, rien ne subsistait d'un si grand désordre qu'un point noir dans l'endroit de la piqûre. (D'après les *Eléments de Zoologie médicale* de *Moquin-Tandon*, Paris, 1860, p. 265, et la thèse du D[r] Mabaret du Basty, Paris, 1875, p. 32).

Les bonnes femmes, si l'on en croit Moquin-Tandon (*Eléments de Zoologie médicale*, p. 256), s'imaginent qu'il suffit de vingt-sept piqûres de guêpes pour tuer une personne, et de six piqûres de frelons pour tuer un cheval.

En Bourbonnais, nous écrivait M. Ernest Olivier, directeur de la *Revue du Bourbonnais et du Centre de la France*, les *bregots* (frelons) sont très redoutés des campagnards qui disent que quatre de ces insectes peuvent tuer un homme.

Dans le Dictionnaire des Sciences médicales en 60 volumes (de Panckoucke) Vaidy, au mot *guêpe* (t. XIX, 1817, p. 547) nous dit : « La piqûre de la guêpe, et surtout celle du frelon, est beaucoup plus douloureuse que celle de l'abeille. Si le dard est resté dans la plaie, ce qui arrive presque toujours (3), on doit se hâter de l'extraire, » etc.

D'après Bollinger (4), les piqûres de frelons sont bien plus dangereuses que celles de la guêpe vulgaire

(1) T. II, de la traduction de Littré, dans la collection Nisard, p. 438.

(2) Voici ce qu'en dit Avicenne : « De Vespis magnis est genus habentium capita nigra, et habentium aculeos plurimos interficiens. Et magnœ quidem sunt majoris cautelœ prortus ei magis perniciosœ ; quapropter fortasse perducunt ad spasmum, et ad debilitatem genum, sed si parvarum iterum morsu quandoque magnificatur timor, quare faciunt accidere vesicas et gravant linguam. » (Canonis lib. VI, Fen 6. *Trat.* 5 cap. 16, t. II, p. 220, de l'édition de Venise, 15464).

(1) Edition de Bâle, in n° 1564, colonne 895. Ex officina Henric Pretrina.

(2) Amoreux (Pierre-Joseph), né à Beaucaire en 1741, mort bibliothécaire de la Faculté le 7 mars 1824, a publié entre autres travaux : 1° *Tentamen de noxâ animalium, cujus veritatem... tueri conatur* ; Avignon, 1762, in 4° ; — 2° *Notice des insectes de France, réputés venimeux*, etc. ; Paris, 1789, in-8°. La notice sur Amoreux, signée Chereau, dans le *Dictionnaire Encyclopédique de Dechambre*, fourmille d'erreurs, ainsi d'ailleurs que beaucoup d'autres notices portant la même signature.

(3) Ici Vaidy se trompe, car déjà, comme on le verra plus loin, Aétius, Paul d'Egine, Avicenne, etc., avaient observé que, tandis que l'abeille laisse l'aiguillon dans la plaie, les guêpes aussi bien que les frelons le retirent.

(4) *Loc. cit.*

et que celles de l'abeille, les piqûres de ces dernières n'étant que rarement suivies d'un rapide empoisonnement du sang, et plus rarement encore d'accidents mortels, lesquels d'ailleurs ne surviennent que chez des femmes débiles ou chez des personnes âgées.

Dans un cas rapporté par le Dr Mabaret du Basty (1), et relatif à un enfant de 13 ans, la piqûre faite au mollet par un frelon détermina un ulcère fongueux accompagné d'une éruption eczémateuse (juin 1861) qui durèrent deux mois. Nous n'avons pas trouvé, ajoute M. Mabaret du Basty, de cas d'érysipèles consécutifs à des piqûres, bien que presque tous les classiques, Grisolle, Valleix, Nélaton, signalent le fait.

Le Dr Champneuf (cité par le Dr Lenoble) a observé le fait suivant (2) une femme s'étant assise au pied d'un arbre dont le tronc recélait un nid de frelons, fut piquée au sein droit, ce qui lui occasionna un gonflement érysipélateux considérable, de fréquentes lipothymies, avec froid des extrémités, gêne de la respiration, petitesse du pouls, et même développement d'un point gangréneux.

M. P. A..., propriétaire à Hyds (canton de Commentry) qui, poursuivi maintes fois par des frelons, fut piqué jusqu'à quatre fois, m'affirme qu'ils se dirigent plus spécialement vers les yeux et viennent frapper le front avec la violence d'une pierre lancée vivement. D'après le même, les abeilles rechercheraient volontiers les cheveux, le cuir chevelu et les sourcils.

Un de nos correspondants les plus distingués, le savant naturaliste, M. Ernest Olivier (de Moulins) m'a écrit avoir été piqué par un frelon une seule fois sur la main. Un peu d'ammoniaque répandu de suite sur l'endroit de la piqûre a enlevé immédiatement la douleur, et l'enflure a été nulle.

Tels sont les faits que j'ai pu recueillir relativement aux piqûres de frelons. Tâchons de dégager quelques propositions et quelques conclusions de nos fastidieuses recherches.

Conclusions. — Tandis que les guêpes provoquent par leurs piqûres tantôt une éruption d'urticaire, tantôt un état syncopal plus ou moins grave, les frelons, d'après le fait que j'ai observé et les recherches que j'ai poursuivies, et dont on vient de lire un résumé, ne produisent généralement pas d'éruption analogue à l'urticaire. On a pu croire et avancer que la rapidité, et peut-être aussi l'intensité des accidents toxiques produits par la piqûre des guêpes s'observent surtout quand l'aiguillon pénètre dans un vaisseau sanguin (Paul Bert). Dans le cas que j'ai observé, la piqûre se trouvait distante de toute apparence de veine ou veinule, et cependant la propagation de la sensation d'engourdissement fut extrêmement rapide. Pourquoi les filets nerveux ne serviraient-ils pas d'agents de transmission et aussi les capillaires ou les lymphatiques ? Ce sont des questions que je pose et qu'il serait peu difficile d'élucider, car le nombre de frelons et surtout de guêpes qui nous entourent à la fin de l'été et au commencement de l'automne, particulièrement à la campagne, est assez considérable ; on pourrait en saisir un nombre suffisant pour faire une sérieuse analyse chimique et une étude physiologique du venin de ce genre d'hyménoptères.

(1) Dans sa thèse inaugurale soutenue à Paris le 5 avril 1875 : « *Des accidents produits par les piqûres des hyménoptères porte aiguillon.* » Cette thèse représente le premier travail d'ensemble sur ce sujet plus complexe qu'on ne le croirait de prime abord, et encore obscur.

(2) Voir le *Poitou Médical*, novembre 1903.

Philouze l'avait tenté après Henri de Saussure, puis Paul Bert.

Tout récemment même, le Dr Phisalix ne présentait-il pas à l'Académie des Sciences (1), un travail, sur la nature du venin des abeilles ? Le venin des guêpes et des frelons n'aurait-il pas le pouvoir d'exciter à son tour le besoin d'investigation des jeunes chercheurs ?

Dans la science, il n'est pas de petites questions. Et pour achever de démontrer combien l'étude de ces insectes et de leurs piqûres a été négligée, ne suffira-t-il pas de rappeler qu'Aétius, puis Paul d'Égine, puis Avicenne, avaient affirmé que les guêpes, non plus que les frelons, ne laissaient jamais leur aiguillon dans la piqûre à l'encontre des abeilles. Et cependant, parmi nos contemporains (2), la plupart parlent de l'aiguillon des femelles de guêpes ou de frelons comme restant dans la plaie, et étant la principale cause des accidents mortels. Ne serait-il pas facile d'élucider aussi ce point encore douteux ?

A l'œuvre donc jeunes biologistes !

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le VIIe Congrès français de médecine.

Nous sommes à l'époque des Congrès médicaux. A peine le Congrès français de Chirurgie a-t-il clos ses séances, que le Congrès d'Urologie et le Congrès français de Médecine commencent leurs travaux. Cette année, le congrès de chirurgie a accaparé l'attention. M. Loubet, président de la République, avait tenu à l'ouvrir en personne et le public attendait de ce concert de chirurgiens un jugement sur la passionnante question du traitement du cancer, plus que jamais d'actualité.

Moins favorisés par l'opinion que leurs confrères, les chirurgiens, les médecins français ont ouvert, le 24 octobre, la septième session de leur Congrès national qui, notons-le, se tenait pour la première fois à Paris. Le président du Conseil général de la Seine, M. Landrin, a présidé la première séance, à 10 heures du matin, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, entouré de M. le Pr Cornil, président du Congrès, de MM. Henrot, de Reims, Brissaud, de Paris, vice-présidents, et d'un grand nombre de médecins français et de pays de langue française.

Après l'allocution très courtoise et fort applaudie de M. Landrin, le Pr Cornil a pris la parole pour exposer le *rôle de l'Anatomie pathologique dans la Médecine contemporaine*. Nul ne pouvait aborder pareil sujet avec plus de compétence que le savant professeur d'anatomie pathologique de la Faculté de Paris, qui a été certainement un de ceux qui ont le plus fait pour

(1) Séance du 25 juillet 1904. — Les expériences de M. Phisalix ont porté sur le moineau, et montré la présence, dans le venin de l'abeille, de deux poisons à effets contraires : un poison convulsivant et un poison stupéfiant.

(2) Je suis heureux de signaler le Dr Mabaret du Basty comme faisant exception, car il dit dans sa thèse que les guêpes et les frelons ne laissent pas habituellement l'aiguillon dans la blessure.

donner aux médecins français le goût des études d'anatomie et d'histologie pathogiques. Il savait les difficultés qu'il avait rencontrées au début pour convaincre ses maîtres et ses contemporains de l'utilité de ces études. Aussi son discours a été tout particulièrement intéressant et nous ne pouvons résister au plaisir de le citer en partie, comme un véritable document de l'histoire contemporaine de la Médecine :

« Au moment, a dit le Pr Cornil, où j'entrais dans les hôpitaux comme externe et interne de 1857 à 1860, alors que la pathologie cellulaire de Virchow avait paru, alors que nous entendions les dernières cliniques de Rostand et les premières de Trousseau, la Faculté de Paris, illustrée par les Corvisart, Laënnec, Bouillaud, Grisolle et tant d'autres. n'était nullement disposée à se modifier. La médecine officielle sommeillait un peu en cuvant sa gloire d'avoir fourni cette pléiade de grands cliniciens. Bien plus, on cherchait des modèles dans les anciens auteurs. Plusieurs de nos maîtres recommandaient la lecture de Baglivi Borsieri, Lorry, Pierre Franck, Boerhave, annoté par Van Swieten.

La traduction en élégant français de Borsieri par Chauffard était la dernière nouveauté. Je ne médis pas de ces maîtres, dont l'observation parfaite est notre précieux héritage ; mais il fallait aussi marcher de l'avant. Tout au contraire, à l'Académie de médecine, Velpeau s'élevait violemment contre les examens histologiques des tumeurs faits par Lebert, Follin et Verneuil.

Lorsque je passai ma thèse de doctorat, en 1864, sur l'histologie des néphrites, l'un de mes juges, très bienveillant d'ailleurs, me dit : « Vous avez fait, Monsieur, un travail in« finiment méritoire, mais à quoi diable cela peut-il bien « servir ? Avez-vous trouvé sous votre microscope le moyen « de guérir l'albuminurie ? »

Il était trop facile de répondre qu'il est nécessaire de connaître la structure du rein pour comprendre ce qui passe dans son inflammation. C'est la base de nos connaissances sur ce point. Assurément, on ne guérit pas une néphrite en examinant au microscope les sédiments urinaires, mais on fait un diagnostic plus exact qui aide à instituer une médication.

Un autre de mes juges, professeur très aimé de nous tous, m'argumenta ainsi : « Monsieur, vous parlez dans votre mé« moire de multiplication, de prolifération des cellules : en « avez-vous jamais vu ? Pour mon compte, j'ai essayé plu« sieurs fois sans résultat ». Il me donna la méthode qu'il avait employée dans ce but : elle était si cocasse, cette méthode. qu'il était impossible de répondre sans se moquer. L'excellent homme a triomphé de mon silence.

Cela vous explique, Messieurs, la difficulté qu'il y eut à faire entrer à la Faculté de Paris un professeur d'histologie. Duruy, ministre aussi libéral que bien renseigné, avait offert une chaire d'enseignement de cette science à la Faculté qui l'avait constamment refusée comme inutile. Il fallut un petit coup d'Etat en 1862, une création et une nomination directes contre le gré des professeurs pour y faire entrer Charles Robin.

Trois ans plus tard, en 1865. nous professions, M. Ranvier et moi, des cours pratiques d'histologie dans notre laboratoire particulier et nous publiions notre manuel.

Enfin, M. Cornil, qui a fait le tableau rapide des conquêtes scientifiques médicales de notre époque, a terminé en ces termes :

En résumant, Messieurs, les pages qui précèdent, nous pouvons affirmer le nombre et la valeur des conquêtes réalisées depuis cinquante ans dans nos sciences médicales. Nous avons assisté à deux rénovations profondes causées par l'introduction du microscope et par les idées pastoriennes. Ce double mouvement se continuera assurément, et il n'est arrêté que par l'insuffisance de nos lentilles, qui ne nous permettent pas de voir les microbes de plusieurs maladies comme ceux de la fièvre aphteuse, des fièvres éruptives et peut-être de la rage. Mais on peut dire qu'en aucun siècle on n'a constaté une pareille source de découvertes. C'est là, Messieurs, ce qui nous soutient dans nos travaux et ce qui anime nos efforts à reculer les limites de l'inconnu. C'est là ce qui nous permet d'affirmer notre foi profonde dans le progrès ininterrompu de la science et de l'humanité.

Après ce discours fort applaudi, la séance a été immédiatement levée, pour permettre aux membres du Congrès d'assister aux obsèques du regretté professeur Tillaux. J. N.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MEDECINE

Hypertension.

Rapport de M. Vaquez (1).

M. Vaquez, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, a fait un rapport très documenté et très étudié sur l'*hypertension*. Les nombreux travaux que cet auteur a déjà publiés et les recherches qu'il poursuit depuis plusieurs années dans son service l'avaient tout particulièrement désigné pour écrire ce mémoire rempli d'idées personnelles et d'observations concluantes et rédigé avec toute la clarté qui caractérise ses leçons magistrales.

Après un court historique, M. Vaquez montre comment on doit établir le diagnostic de l'hypertension. Traube avait déjà établi l'importance de *l'éclat inaccoutumé du deuxième bruit aortique*, qui, accompagné d'*hypertrophie du ventricule gauche*, permet d'affirmer qu'il y a augmentation de la tension artérielle. L'auscultation révèle souvent l'existence du *bruit de galop* corollaire de l'hypertrophie du ventricule gauche et le *redoublement du premier bruit.*

Dans la pratique courante on fait usage aujourd'hui du sphygmomanomètre de Potain et l'on doit retenir comme chiffre valable, après plusieurs examens, non pas le chiffre moyen, mais le *chiffre le plus bas.* D'une façon générale, chez un sujet sain, la pression artérielle oscille chez la femme entre 12 et 13 centim., entre 13 et 15 chez l'homme. Les pressions inférieures à 10 et celles supérieures à 16 sont donc anormales.

L'appareil de Gaertner nous renseigne sur la tension artério-capillaire et permet de contrôler les résultats obtenus avec celui de Potain. Cette tension est naturellement plus faible que celle de l'artère radiale, le chiffre obtenu diffère généralement de 6 à 10 centimètres.

La signification clinique de l'hypertension a une grande importance, à cause de sa valeur diagnostique, relativement à l'affection que ce symptôme accompagne d'ordinaire, qu'elle précède peut-être, le mal de Bright, à cause du pronostic immédiat ou lointain qui y est attaché. L'hypertension, condition pathogène de maladies déterminées, est, en effet souvent, au cours de ces maladies ou avant même qu'elles ne soient développées, la cause immédiate d'accidents multiples et même de la mort.

On peut distinguer trois types d'hypertension :

L'*hypertension transitoire* apparaît au cours d'accidents aigus, généralement douloureux, de l'abdomen et de l'estomac. Le type en est représenté par l'hypertension de la colique de plomb.

L'*hypertension oscillante ou instable* est très fréquente. Souvent un sujet qui vient à l'hôpital avec une tension élevée n'a bientôt plus qu'une pression presque normale sous la seule influence du repos et d'une alimentation rationnelle. La courbe de décroissance s'effectue en 5 à 6 jours le plus fréquemment.

(1) Nous remercions vivement M. Vaquez de l'obligeance avec laquelle il a bien voulu nous communiquer son rapport pour le *Progrès Médical*. L. G.

Le retour de l'hypertension ne se manifeste qu'après plusieurs jours, plusieurs semaines, parfois davantage.

L'*hypertension permanente* peut s'établir plus ou moins tardivement à la suite des stades précédents et se fixer alors à des chiffres moyens de 20 à 22, ou à des chiffres plus élevés de 26 à 28. Dans le premier cas, elle peut rester fort longtemps méconnue ou ne se révéler que par des symptomes accessoires : bourdonnements d'oreilles, troubles oculaires, glaucome par exemple. Cette hypertension, même modérée, peut aussi s'accompagner de phénomènes plus tangibles, si la lésion rénale mieux caractérisée donne déjà des signes apparents ou s'il y a du côté de l'appareil vasculaire (angine de poitrine) ou pulmonaire (dyspnée paraxystique, œdème, etc.) des complications dont on est alors porté à rechercher la cause. Lorsque l'hypertension permanente atteint les chiffres élevés de 26 à 28 et 30 centimètres de mercure, il survient des accidents graves parfois même la mort subite.

L'hypertension s'accompagne de nombreuses complications.

La *céphalée* est souvent en rapport direct avec la pression artérielle ; c'est ainsi qu'un malade de M. Vaquez, un brightique avéré, présentait régulièrement des crises très pénibles de céphalée dès que sa pression dépassait 23 centimètres de mercure. La céphalée est d'ailleurs le phénomène constant de l'hypertension prodromique de la crise d'encéphalopathie saturnine et de l'éclampsie puerpérale.

Les *troubles auriculaires* consistent en des bourdonnements d'oreilles auxquels se joignent parfois des crises de vertige traduisant l'augmentation de la pression intralabyrinthique.

Les *troubles oculaires* sont definitifs ou provisoires. Dans les premiers, on peut ranger les amblyopies, l'amaurose transitoire, l'hémianopsie, dans les seconds, le glaucome.

L'*aphasie transitoire*, cette « amaurose cérébrale » s'observe également d'une façon transitoire et soudaine. M. Vaquez cite à ce sujet une observation très instructive d'un malade dont la tension était de 28 centimètres et qui perdit brusquement l'usage de la parole pendant une heure.

On peut observer également des *troubles maniaques*.

L'*encéphalopathie convulsive*, qui se rencontre dans le saturnisme aigu, l'urémie, l'éclampsie, a des rapports étroits avec des modifications subites ou persistantes de la tension artérielle.

L'*hémiplégie transitoire*, que l'on a souvent notée au cours de l'urémie, se présente parfois, comme l'aphasie de même cause, avec des caractères de variabilité, de mobilité même qui l'ont fait mettre, à tort d'ailleurs, sur le compte de l'hystérie.

Toute cette évolution morbide se termine fréquemment par la *mort subite*, soit réellement foudroyante, soit précédée de quelques petits symptômes, tels que hémianopsie, céphalée avec aphasie transitoire.

M. Vaquez conclut en montrant qu'il est temps de distraire de l'albuminurie, de la néphrite, de l'intoxication urémique, éclamptique ou saturnine, les accidents que nous venons d'énumérer et qui sont fonction non de la maladie causale, mais d'un symptôme commun aux trois entités morbides entre lesquelles elle forme comme un lien nécessaire, et ce symptôme c'est l'hypertension artérielle. Celle-ci s'accompagne d'ailleurs d'une exagération parfois considérable de la tension du liquide céphalo-rachidien.

D'autres accidents apparaissent également en compagnie de l'hypertension : toutefois leur rapport avec celle-ci n'est pas encore demontré. Tels sont l'*œdème aigu* du poumon et l'*angine de poitrine*.

Les *dilatations des gros vaisseaux et du cœur*, avec insuffisance fonctionnelle des orifices, apparaissent surtout lorsque l'hypertension est de date, ancienne et qu'elle s'est accompagnée de lésions athéromateuses profondes des vaisseaux et d'une hypertrophie cardiaque manifeste.

Quelles sont maintenant les relations de l'hypertension avec les modifications des urines ?

L'*albuminurie* varie d'une façon certaine avec l'hypertension, et si on étudie comparativement leurs deux courbes au cours de la néphrite chronique, brightique ou saturnine, on sera frappé de voir que fréquemment les deux phénomènes évoluent d'une façon parallèle.

La *glycosurie* peut également apparaître dans certains cas d'hypertension. C'est là un fait des plus intéressants, encore ignoré et que M. Vaquez a bien mis en lumière. Potain avait déjà noté que l'hypertension artérielle peut être révélatrice du diabète. Il n'en est rien en réalité et la glycosurie est encore ici fonction de l'hypertension.

Nous ne pouvons étudier, avec M. Vaquez, toutes les causes que l'on a successivement invoquées pour expliquer la PATHOGÉNIE DE L'HYPERTENSION. — Il semble aujourd'hui que celle-ci est en rapport avec des lésions des capsules surrénales, ainsi que paraissent l'établir les cas de M. Vaquez, d'Aubertin et Ambard, de Léon Bernard et Bigart. En pratiquant l'autopsie de sujets ayant présenté pendant la vie les symptômes de l'hypertension, Aubertin et Ambard ont trouvé des lésions semblables des capsules surrénales, allant de l'hyperplasie nodulaire, avec ou sans augmentation du volume de l'organe, jusqu'au véritable adénome surrénal.

L'hypertension paraît enfin être une des causes provocatrices de l'athérome comme vient de le réaliser expérimentalement M. Josué en pratiquant des injections répétées d'adrénaline dans les veines.

Le rein et les capsules surrénales ont aussi des rapports certains. Les recherches de Bordier et de Frankel ont établi qu'une dose très faible d'extrait aqueux de capsules surrénales diminuait presque instantanément l'écoulement de l'urine, suivie bientôt d'une accélération avec diurèse. Il y a donc une action spéciale de l'adrénaline sur les reins.

Le TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION est longuement étudié par M. Vaquez, qui passe en revue tous les médicaments hypotenseurs. Des tracés montrent les effets obtenus avec chacun d'eux.

Le repos au lit et une alimentation appropriée sont toujours nécessaires et parfois suffisants pour amener l'abaissement de la tension artérielle. Lorsque l'hypertension cède facilement et qu'il n'y a pas à craindre de fatigue cardiaque imminente, on pourra recommander les cures minérales, chlorurées sodiques, légèrement laxatives, mais à petites doses, en y joignant au besoin les bains carbo-gazeux, mais en surveillant constamment la pression et en ayant le courage d'interrompre le traitement en cas d'hypertension.

La médication réellement hypotensive repose avant tout d'après les auteurs, sur l'emploi des nitrites.

Le nitrite d'amyle a une action extrêmement rapide sur la circulation. L'inhalation de quatre à cinq gouttes provoque une hypotension au bout de 10 à 12 secondes. Elle est d'environ 4 à 5 centimètres de mercure, le retour à la pression antérieure se faisant habituellement au cours de la deuxième minute. On note souvent l'apparition d'une récurrence manifeste. Lorsque l'inhalation a été trop prolongée et surtout trop massive, l'hypertension réactionnelle peut dépasser de 3 à 4 centimètres la pression initiale. Il n'y a pas en somme d'abaissement ultérieur ni persistant de la tension. L'ingestion de nitrite d'amyle ne donne pas de meilleurs résultats.

M. Vaquez étudie ensuite l'action des hypotenseurs recommandés par Breadbury : le nitrite de soude, la nitroglycérine, le tétranitrate d'érythrol. Les tracés de Breadbury sont exceptionnels et nous avons pu nous rendre compte nous-même, dans le laboratoire de M. Vaquez, combien on obtenait rarement des tracés analogues. Cependant les nitrites peuvent parfois provoquer des abaissements de tension une heure ou deux après l'absorption de la trinitrine trois ou quatre heures après celle du tétranitrate de l'érythrol.

M. Vaquez ajoute que les traitements qui ont été suivis des meilleurs résultats dans l'éclampsie puerpérale, ont eu pour base la médication hypotensive. En présence d'accidents cérébraux la ponction lombaire donne souvent de bons résultats. Lorsqu'on doit intervenir dans une crise subite d'hypertension s'accompagnant d'accidents graves, parfois presque immédiatement mortels, comme l'œdème aigu du poumon, on peut — malgré les auteurs classiques — pratiquer une injection de morphine qui peut conjurer la mort et qui ne l'a jamais provoquée.

*

Nous n'avons fait que donner une analyse très incomplète du rapport si important de M. Vaquez. Nous nous sommes seulement efforcé d'en mettre en lumière les points essentiels, en engageant nos lecteurs à se reporter au mémoire lui-même qui comprend des tracés intéressants et des planches superbes représentant des coupes de capsules surrénales. Lucien GRAUX.

Le problème des localisations psychiques dans le cerveau.

M. le Pr J. GRASSET (de Montpellier). — Il est évidemment impossible de considérer le psychisme comme la motilité ou la vision et de vouloir le localiser, ainsi en bloc, autour d'une scissure ou dans un groupe de circonvolutions. *L'écorce entière est psychique.* On peut même définir les phénomènes psychiques par ce siège cortical. Donc. si on veut chercher à localiser le psychisme, il faut d'abord l'analyser, le diviser et ensuite chercher si on peut localiser dans certaines parties de l'écorce certaines fonctions psychiques élémentaires. De là, la nécessité de *l'analyse psychologique* pour bien poser la question anatomoclinique. Un cas à symptomatologie psychique avec autopsie ne pourra être utilisé que si l'analyse psychologique du sujet a été faite avec soin et si on a déterminé quelles fonctions psychiques étaient troublées, diminuées ou abolies et quelles autres étaient conservées, exaltées ou perverties. Ainsi, sans admettre avec RENAUT que tous les neurones sont des cellules qui se souviennent, il faut bien admettre que tous les neurones corticaux ont de la *mémoire* ; donc, la constatation de l'amnésie chez un malade, sans analyse psychologique du symptôme, ne peut en rien servir pour la question des localisations psychiques ; de même pour l'*association des idées* et des images et pour les fonctions psychiques plus élevées comme l'*attention*, la *comparaison*, le *raisonnement*, le *jugement*, etc. Donc, non seulement. on ne peut pas localiser le psychisme pris en bloc, mais encore il ne faut pas chercher à localiser chacune des fonctions psychiques comme la mémoire, l'intention ou le jugement.

Il faut, je crois, prendre la question par un autre côté et diviser les fonctions psychiques en trois grands groupes :

1° Les *fonctions psychiques sensoriomotrices*, fonctions de perception sensitive et sensorielle (*sensations, images*) avec ou sans extension à des neurones plus éloignés (*émotions*), fonctions de mémoire et d'association élémentaires de ces sensations et de ces images, fonctions d'*expression volitive* et de manifestation extérieure par la mimique, le langage et la motilité : en un mot, *fonctions psychiques de relations extérieures*, soit de dehors en dedans, soit de dedans en dehors ;

2° Les *fonctions psychiques inconscientes et automatiques, psychisme inférieur* de PIERRE JANET, *polygonal* de mon schéma ; psychisme déjà élevé, mais inconscient et involontaire, qu'on étudie bien dans les états physiologiques comme la distraction et le sommeil, dans des états extraphysiologiques comme l'hypnose et la transe des médiums, dans des états pathologiques comme le somnambulisme, l'automatisme ambulatoire, etc. A ce degré du psychisme, il y a de la mémoire, de l'imagination, de l'association des idées et des images, des raisonnements, des jugements, des décisions et des volitions ; le tout ayant pour caractère commun d'être inconscient et involontaire. Les actes d'habitude, de passion, les actes grégaires des collectivités, appartiennent spécialement à ce psychisme ;

3° Les *fonctions psychiques supérieures, conscientes et volontaires, psychisme supérieur* de PIERRE JANET, *apperceptionscentrum* de WUNDT, *centre O* de mon schéma, intelligence supérieure et faculté de penser abstraitement de HITZIG, fonctions de cette fusion physiologique, dit BIANCHI, qui est à la base du jugement et de la critique. Dans ce psychisme, se retrouvent, avec le caractère commun du raisonnement voulu et conscient, la mémoire, l'imagination, le jugement... tous les actes trouvés déjà dans le psychisme inferieur sous la forme automatique et inconsciente, actes qui, dans O, deviennent ce qu'on appelle des actes libres et entraînent la responsabilité de la personne humaine, ainsi définitivement et complètement constituée.

Voilà une division des fonctions psychiques, bien différente de l'ancienne division en *facultés* et qui, je crois, est bien plus féconde pour l'étude des localisations dans l'écorce. Autant il est irrationnel et impossible de chercher à localiser dans l'écorce, d'un côté la mémoire, de l'autre l'imagination ou le jugement, autant il me paraît rationnel et possible de chercher à localiser dans une région corticale les *fonctions psychiques sensoriomotrices*, dans une autre région corticales les *fonctions psychiques inférieures automatiques et inconscientes* et dans une troisième région corticale les *fonctions psychiques supérieures volontaires et conscientes.*

M. le Dr Grasset, ne pouvant pas donner ici tous les éléments d'appréciation, indique rapidement quelques-uns des documents qui montrent que, pour chacun de ces groupes de fonctions psychiques, on peut, sinon résoudre, du moins très scientifiquement poser la question de la localisation des centres corticaux corrrespondants.

Il expose les résultats donnés par l'anatomoclinique des centres psychiques sensoriomoteurs, par celle des centres du psychisme inférieur, automatique et inconscient, et des centres du psychisme supérieur, volontaire et conscient (lobe préfrontal).

Puis il conclut en ces termes : Deux grandes conclusions me paraissent se dégager nettement de l'examen critique et patient des nombreux documents anatomocliniques que j'ai pu réunir.

1° Sans rien dire encore de leur localisation, l'*existence distincte des trois groupes de centres psychiques* que j'ai indiqués semble bien démontrée. Il me paraît difficile de continuer à dire, comme l'ont fait Joffroy et Pierre Janet en discutant mon schéma des psychismes, que le psychisme supérieur et le psychisme inférieur ne sont que des degrés différents de l'activité des mêmes neurones. La possibilité de l'altération isolée des uns ou des autres de ces groupes de neurones et la symptomatologie différente qui apparaît suivant que l'un ou l'autre de ces groupes de centres est atteint prouvent que, sans pousser la division à l'extrême, il faut bien, en clinique, distinguer dans l'écorce trois groupes différents de neurones psychiques : les centres du psychisme sensoriomoteur (sensation et expression volitive), les centres du psychisme inférieur (automatique et inconscient) et les centres du psychisme supérieur (volontaire et conscient).

Et je ferai remarquer que cette conclusion n'est plus basée sur l'étude des hystériques (comme me le reprochait Binet), mais sur des cas de *lésion organique* du cerveau.

2° Il semble que l'on peut tenter une localisation clinique de chacun de ces groupes de centres : les premiers dans les zones de projection de Flechsig, les deuxièmes dans les zones postérieure et moyenne d'association de Flechsig, les troisièmes dans la zone antérieure d'association de Flechsig (lobe préfrontal).

En tous cas (et c'est la seule conclusion à laquelle je tienne), il ne faut plus, avec Munck, traiter de *Gedankenspiel* les tentatives de localisation psychique dans le cerveau ; il ne faut plus dire, comme Pitres le proclamait encore en inaugurant le Congrès de Nancy, que les neurones psychiques « échappent même à la méthode anatomoclinique » et que « les fonctions qui leur sont attribuées ne sont pas localisables ».

Je crois, au contraire, qu'il faut encourager tous les cliniciens à apporter des matériaux à cette recherche et à cette détermination, qui sont possibles, à la condition que l'on cherchera dans le sens proposé ci-dessus et qu'on fera pour chaque malade une analyse psychologique complète d'après les principes et dans la direction que je viens d'indiquer.

(A suivre.)

MÉDECINS DÉTACHÉS A LA GUERRE RUSSO-JAPONAISE. — Le médecin-major de 1re classe Follenfant, de l'hôpital militaire de Bourges, est désigné pour rejoindre la mission française en Mandchourie. Le médecin-major de 2e classe Matignon, des sapeurs-pompiers de Paris, est désigné pour se rendre à Tokio et, de là, sur le théâtre de la guerre russo-japonaise, pour étudier le fonctionnement du service de santé de l'armée japonaise. Le vœu que le *Progrès Médical* avait formulé dès le début de la guerre se trouve ainsi réalisé.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

Indications et valeur thérapeutique des prostatectomies.

(Rapport de M. R. PROUST.)

M. PROUST, après une étude bien complète des résultats thérapeutiques des prostatectomies partielles et totales, en expose les indications dans les termes suivants : *Indications générales.* — 1° *Insuffisance curative et palliative du cathétérisme.* — En général, le cathétérisme bien appliqué dès le début est une méthode suffisante pour assurer dans toutes les formes cliniques une vie tolérable, non diminuée, compatible avec les exigences de l'âge. Mal appliqué, il amène des complications graves, rebelles, la prostatectomie est alors une ressource précieuse et souvent unique.

2° L'âge peu avancé donne des conditions opératoires meilleures ; il rend plus sensible le sacrifice de la génitalité ; l'âge très avancé n'est pas une contre-indication absolue.

3° *Volume de la prostate.* — Une prostate grosse est plutôt une condition favorable pour la réussite opératoire, une petite peut déterminer la rétention, mais elle doit faire craindre un défaut de contractilité vésicale :

4° Nul procédé ne peut garantir sûrement la conservation de la génitalité ; il faut prévenir les malades puissants.

5° La contractilité vésicale est mieux conservée dans les grandes vessies silencieuses de la rétention complète que dans les petites vessies irritables de la rétention incomplète avec cystite chronique.

6° *État des reins et état général.* — C'est un point capital à apprécier par tous les moyens cliniques. Les lésions rénales légères bénéficient de l'opération, les graves donnent le risque prédominant de mortalité. L'insuffisance rénale est souvent transitoire chez les distendus et dans l'infection aiguë ou chronique. Elle peut céder à l'évacuation régulière et permettre ensuite la prostatectomie.

7° La situation sociale du malade peut rendre impossible le cathétérisme.

INDICATIONS SPÉCIALES A CHAQUE FORME CLINIQUE. — 1° *La première période du prostatisme sans rétention* ne légitime pas la prostatectomie, sauf cas exceptionnels.

2° *Les rétentions aiguës ou récentes, aseptiques ou infectées* depuis peu, guérissent par le cathétérisme ; l'impossibilité du cathétérisme est une indication rare.

3° *Dans les rétentions chroniques incomplètes, aseptiques* avec distension, la prostatectomie d'emblée préviendrait l'hématurie *ex vacuo* et l'infection, surtout l'hématurie septique. Mais l'état général dû à la charge urémique latente peut arrêter l'opérateur. Le cathétérisme aseptique permet de rétablir ces malades et de préparer la prostatectomie.

4° *Dans les rétentions chroniques incomplètes, aseptiques sans distension*, l'opération précoce est surtout efficace, il ne faut pas attendre la cystite chronique qui surmène et sclérose le muscle.

5° *Dans les rétentions chroniques infectées, complètes ou incomplètes*, avec ou sans distension, la prostatectomie est indiquée contre la rétention, l'hématurie rebelle, les douleurs, la difficulté du sondage et son insuffisance thérapeutique.

6° Dans l'infection rénale aiguë, dans les suppurations prostatiques graves, le risque immédiat contre-indique l'opération d'urgence.

7° *Prostatiques calculeux.* — Lorsque la vessie se vide ou que le résidu est petit, 40, 50, 60 grammes, la lithotritie préalable est préférable, même si le calcul est phosphatique, la guérison complète sans rétention est possible. Il y a indication de choix si la rétention est définitive, les calculs secondaires ou inaccessibles au lithotriteur. Il faut soigner ensuite la cystite lithogène rebelle pour éviter les récidives calculeuses possibles.

8° *Cancer de la prostate.* — Le diagnostic précoce est très difficile, l'exérèse totale est impossible, les résultats décevants jusqu'ici. Limitée par ces indications, la prostatectomie reste une excellente opération, mais le cathétérisme conserve ses droits pour la majorité des cas.

M. DESNOS (de Paris). — La prostatectomie, dont la légitimité n'est plus contestée, répond à des indications qui deviennent chaque jour plus précises et on ne saurait les étendre sans compromettre son avenir. La constatation d'une prostate hypertrophiée, si volumineuse qu'elle soit, ne suffit pas pour indiquer l'opération et celle-ci ne doit être faite que lorsque les symptômes sont assez accentués pour déterminer une gêne ou des douleurs, ou menacer les voies supérieures, soit par distension vésicale, soit par infection. En un mot, une intervention uniquement préventive n'est pas justifiée, beaucoup de malades porteurs d'une grosse prostate succombant à une affection avant que des symptômes urinaires aient apparu. Par contre, je crois que l'on peut opérer dans les cas graves où la cachexie est due à la rétention vésicale. Beaucoup de ces malades ont été sauvés ou prolongés par la cystostomie de Poncet, à laquelle on doit de véritables résurrections. Dans les premières années de la prostatectomie, le manuel opératoire était insuffisamment réglé et les chirurgiens peu habitués à ces manœuvres, les conséquences de la prostatectomie même étaient trop graves pour qu'on y pût songer chez des cachectiques. Aujourd'hui le choc de la prostatectomie, faite avec sécurité et rapidité, est peu considérable, produit les résultats immédiats analogues à ceux de la cystostomie et des résultats définitifs bien meilleurs. C'est évidemment là une indication exceptionnelle, mais qui doit être enregistrée.

M. HERESCO (de Bucarest). — Il a pratiqué 26 prostatectomies, dont 21 par la voie périnéale et 5 par la voie transvésicale. Sur ces dernières, il a fait deux fois la prostatectomie transvésicale totale et il a eu une mort et une guérison. Il penche plutôt pour la voie périnéale contre la transvésicale, parce qu'on est maître de l'hémorragie, parce qu'il reste une cavité de la loge prostatique capable de s'infecter et parce que le drainage périnéal est meilleur.

Prostatectomie périnéale pour hypertrophi s prostatiques.

M. J. REBOUL (de Nîmes). — J'ai fait 4 prostatectomies pour hypertrophies prostatiques et j'ai obtenu 3 guérisons avec cessation des troubles urinaires qui avaient motivé mon intervention, et 1 cas de mort chez un malade dont les reins fonctionnaient mal et dont l'état général était mauvais. Dans ces 4 cas, j'ai employé le procédé de Proust et Duval : j'ai fait la prostatectomie périnéale sous-capsulaire.

Chez les malades atteints d'hypertrophie de la prostate, avec troubles de la miction très prononcés, mais dont l'état général est relativement bon, la prostatectomie périnéale sous-capsulaire doit être faite ; elle donne d'excellents résultats. On ne doit pas la tenter chez les malades trop infectés, et qui ont des hématuries et des lésions rénales accentuées.

M. HAMONIC (de Paris). — M. le Dr Hamonic préfère la *prostatectomie périnéale totale* lorsqu'il s'agit de prostates hypertrophiées, scléreuses, non congestives et non saignantes. Il penche, au contraire, pour la *voie vésicale* lorsque le sujet est hématurique et pourvu d'une prostate se congestionnant facilement.

Dans ces circonstances, il a souvent rencontré la *cystite fongueuse* dont il a, l'année dernière, signalé l'existence et indiqué les lésions et les symptômes et il importe, dans ce cas spécial, d'ouvrir la vessie afin d'agir chirurgicalement sur les fongosités en même temps que sur la prostate.

M. J. VERHOOGEN (Bruxelles). — Les indications de la prostatectomie se rencontrent chez tous les rétentionnistes qui ne peuvent se sonder avec des précautions assez minutieuses pour ne pas être exposés à l'infection, chez qui le cathétérisme est difficile, douloureux, qui ont des hémorragies ou des calculs à répétition. La voie périnéale est indiquée quand la prostate est grosse et qu'elle fait saillie dans le rectum ; la voie transvésicale quand la prostate fait saillie dans la vessie.

Des méthodes conservatrices et de la prostatectomie dans le traitement de l hypertrophie de la prostate.

M. LE FUR. — Si l'on accepte notre théorie pathogénique de l'hypertrophie de la prostate, à savoir : que cette affection

est d'origine inflammatoire, pouvant succéder à toutes sortes de prostatites, secondairement infectées, primitives ou aseptiques, il est facile d'établir la valeur thérapeutique des méthodes conservatrices et de la prostatectomie. Les premières doivent être employées pendant cette longue période préparatoire de l'hypertrophie prostatique, latente, insidieuse, dont les *prostatiques jeunes* constituent une des formes les plus curieuses et très curable. Le massage, l'électrisation de la glande, le cathétérisme, et surtout la sonde à demeure, donnent des succès souvent complets. Quand les déformations sont définitives et que les méthodes conservatrices ne donnent plus rien, c'est à la prostatectomie périnéale qu'il faut avoir recours ; mais comme cette opération est encore mal acceptée des malades, et qu'elle entraîne la déchéance génitale, autant vaut soigner l'hypertrophie prostatique dans sa première période latente et insidieuse qui n'est que le prolongement de la prostatite chronique, maladie véritablement causale de l'hypertrophie. Ici, comme partout, mieux vaut prévenir l'affection qu'essayer de la guérir quand elle est définitivement constituée.

Prostatectomie périnéale pour hypertrophie simple.

M. V. Pauchet (d'Amiens). — J'ai pratiqué 43 prostatectomies périnéales, jamais de sus-pubiennes ; 3 opérés sont morts. J'ai suivi la technique de Proust avec les modifications suivantes : *a)* résection des déférents chez les sujets très âgés ou très affaiblis pour éviter l'orchite post-opératoire ; *b)* suivant le conseil de Young, je ménage la moitié supérieure de l'urètre prostatique, pour ménager les canaux éjaculateurs. Chez deux opérés, dont un confrère de 67 ans, les fonctions génésiques ont été totalement conservées ; *c)* je ne pratique jamais de sutures ni de ligatures, un drain périnéal reste huit à quinze jours ; *d)* je ne place qu'exceptionnellement une sonde urétrale à demeure. La miction s'opère quand même par la verge après un laps de temps assez court ; *e)* les malades sont pansés à la gaze au peroxyde de zinc et lavés à l'eau oxygénée.

Complications.—La complication la plus grave est la fistule recto-urétrale dans les cas où la péri-prostatite soude la glande à la capsule et au rectum. La réparation immédiate de l'organe ne donne aucun résultat. Il faut réopérer six mois plus tard. Cet accident peut être évité en suivant la technique de Proust, et en sculptant au besoin le tissu prostatique. La fistule urinaire périnéale se constate 1 fois sur 15, et il est très facile de la réopérer et de la guérir.

Insuccès. — La plupart des malades urinent sans sonde, vident leur vessie et se trouvent rajeunis et transformés. Quelques-uns pourtant ont encore de la cystite, et vident incomplètement leur vessie. Ces résultats nuls ou imparfaits sont faciles à éviter, il suffit d'opérer systématiquement les adénomes, c'est-à-dire les prostates grosses, demi-molles, lisses ou grenues, qui donnent des résultats merveilleux, et de n'intervenir qu'exceptionnellement chez les sujets porteurs de prostate moyenne, ou atteints de péri-prostatite.

Grâce à l'expérience acquise auprès de ces malades et de cette longue série d'opérés, il est aujourd'hui facile de poser les indications d'une façon précise et d'obtenir de bons résultats immédiats et éloignés.

M. Paul Delbet. — Certes, la prostatectomie périnéale est une excellente opération et son entrée dans la pratique chirurgicale courante s'impose à tous égards, mais on ne saurait en comparer les résultats à ceux que donnent, par exemple l'appendicectomie dans l'appendicite, l'hystérectomie dans le fibrome. Je laisse de côté, dans mon appréciation, les accidents opératoires tels que plaies du rectum, fistules persistantes : ce sont là des accidents qui disparaîtront avec l'extension de la pratique de chaque chirurgien. Je laisse même de côté les morts, qui me semblent attribuables à l'infection antécédente, au mauvais état des reins plus qu'à l'opération ; mais il n'en demeure pas moins certain que l'opération expose à l'incontinence, qu'elle entraîne fréquemment l'impuissance, mais surtout qu'elle n'est pas curatrice. Dans tous les cas que j'ai vus il existe un petit résidu, et malgré tous mes soins, l'urine restée en redevient facilement purulente. Je demeure convaincu que, dans l'hypertrophie de la prostate, il y a autre chose que l'augmentation de volume de la glande.

Pour moi, la sonde maniée suivant les préceptes de Necker reste le traitement de choix, et je me rallie aux conclusions d'Escat. L'opération ne doit pas être faite à la deuxième période ; elle ne doit être faite à la deuxième et à la troisième périodes qu'après échec du traitement par la sonde, les lavages, les sondes à demeure. Les indications sont non dans le volume de la glande, mais dans l'existence de douleurs vives et persistantes, dans la menace d'infection. Quant aux prostatiques calculeux, j'estime la taille hypogastrique dangereuse chez eux et préfère les traiter par la lithotritie d'abord, la prostatectomie périnéale ensuite, dussé-je faire la lithotritie périnéale.

M. Rafin communique les observations de 12 nouveaux cas de prostatectomie périnéale pour hypertrophie de la prostate. Sa statistique globale comprend trente et un opérés avec deux décès.

M. A. Malherbe (Nantes) donne la relation de 7 cas de prostatectomies pratiquées dans son service dont six périnéales et une sus-pubienne partielle. Les 3 premiers cas ont eu une issue malheureuse due, chez le premier malade, à l'état cachectique du sujet, chez le second à un accident opératoire (blessure du rectum) et enfin chez le troisième à une broncho-pneumonie survenue vers le quinzième jour et ayant entraîné la mort le vingtième.

Les trois autres opérations, dont l'une pratiquée par le Dr Rivet, chirurgien suppléant, ont donné des résultats opératoires parfaits. Dans l'un des cas, l'urine résiduale passa de 400 grammes à 22 grammes ; dans un autre, de 300 grammes au moins à 50 grammes.

Le présentateur pense que les statistiques sont destinées à s'améliorer avec le temps, parce que l'habileté des opérateurs se perfectionnera et les indications seront de mieux en mieux posées. Il estime que l'épithéliome de la prostate peut être opéré s'il n'est point infiltré. Il considère comme indication de la prostatectomie le défaut de résultat satisfaisant des traitements habituels.

De la prostatectomie totale par la voie sus-pubienne.

M. Loumeau (de Bordeaux) a pratiqué deux fois l'opération de Freyer. Son premier malade, opéré à l'âge de 80 ans 1/2, et rétentionniste complet depuis dix années, a guéri de tous ses accidents urinaires et a conservé sa puissance génésique. Chez lui, le chirurgien a pu constater *de visu* la cicatrisation rapide et sans suture des plaies endo-vésicales. Le second opéré a succombé le neuvième jour à des accidents cardiaques dont l'origine était de beaucoup antérieure à l'intervention. Chez ce malade M. Loumeau a pu se rendre compte de la conservation possible des canaux éjaculateurs, pendant l'isolement de la glande, que l'opérateur réalise en introduisant soigneusement son doigt entre la capsule prostatique et les parois de la loge prostatique à la périphérie, de l'urètre au centre.

Diagnostic précoce du cancer de la prostate.

MM. Motz (de Paris) et Majewski (de Cracovie). — Le diagnostic du cancer de la prostate dépend de l'existence, dans l'intérieur de la glande, de tissu fibreux néoformé. Ce tissu apparaît assez tardivement ou même ne se forme pas du tout. Par conséquent beaucoup de tumeurs prostatiques ne peuvent pas être diagnostiquées. Sur une cinquantaine de cancers prostatiques connus, il n'y a que 19 cas diagnostiqués cliniquement. La plupart de ces malades meurent avec le diagnostic d'hypertrophie prostatique ou de tumeur vésicale.

Les propagations ganglionnaires, urétrales et vésicales, sont presque constantes.

Dans la moitié des cas le cancer prostatique débute, au point de vue des symptômes cliniques, par des douleurs sciatiques lombaires ou par l'hématurie. Ces symptômes indiquent que la lésion néoplasique a dépassé déjà les limites de la prostate.

M. Proust. — Je tiens à m'élever contre le pessimisme de M. Motz. Bien que très grave encore à l'heure actuelle, la

prostatectomie, dans le cancer de la prostate, a cependant des résultats qui ne permettent pas le découragement, et je tiens à approuver pleinement les conclusions qu'a déjà eu l'occasion de développer M. Pousson.

Quant au sarcome de la prostate, il est évidemment très rare, mais les quelques cas de survie prolongée post-opératoire qu'on connaît doivent les faire rechercher avec d'autant plus de soin.

M. F. Legueu qui a pratiqué de nombreuses interventions, conclut qu'en somme, les résultats défavorables sont l'exception : ils sont presque tous fournis par la catégorie des rétentions incomplètes chroniques. La différence de ces résultats ne trouve pas une explication suffisante dans les variations du volume de la prostate, mais plutôt dans l'état du muscle vésical et la profondeur de son altération. Même dans les cas où elle ne met pas fin à tous les accidents, la prostatectomie améliore sensiblement l'état local et l'état général.

Indications de la prostatectomie.

M. Albarran (de Paris). — Du groupe de maladies confondues sous le nom d'hypertrophie prostatique, nous avons détaché, avec Hallé, les épithéliomas intra-capsulaires. Depuis des années, j'ai indiqué que certaines hypertrophies ressortissent de la prostatite chronique. L'étude de mes échecs opératoires me porte à séparer nettement aujourd'hui certaines prostatites proliférantes qu'on confond avec l'hypertrophie. On peut les observer à tout âge, Guyon, Janet et moi-même les avons vues chez des hommes jeunes. Anatomiquement, la glande, habituellement développée uniformément, ne présentant pas de saillies cervicales ni de corps sphéroïdes, a la structure d'une prostatite glandulaire. Les symptômes sont ceux de l'hypertrophie prostatite insidieuse avec rétention incomplète habituellement peu développée ; plus rarement la rétention devient considérable : l'évolution se compte par années. Au toucher, le plus souvent, la glande paraît de médiocre volume, de consistance égale, plutôt molle. Parfois, il existe des noyaux ou des inégalités et de la sensibilité à la pression. Chez les individus jeunes, le massage peut guérir ces prostatites. Chez ceux qui sont âgés, la prostatectomie périnéale échoue ou ne donne qu'une amélioration ; on peut observer à la suite une aggravation de la rétention d'urine.

M. Henry Reynès (de Marseille). — Au point de vue des indications cliniques, je partage l'opinion des rapporteurs. La prostatectomie sera réservée aux cas avec grosse prostate et rétention chronique, et que le cathétérisme n'améliore pas. Cette opération, suivant le cas, sera faite par voie périnéale ou par voie sus-pubienne. La voie sus-pubienne a été employée avant Freyer : peut-être n'était-ce pas une ablation totale, mais elle a guéri une grande quantité de malades. Bellfield, Mac Gill, Eigenbrodt, Mansell-Moulin, ont publié à cet égard des statistiques donnant 13 à 20 p. 100 de morts, et 3/4 de guérisons.

M. Brin. — Je crois que la prostatectomie est indiquée par les contre-indications du cathétérisme. Donc les conditions sociales qui rendent le cathétérisme impossible indiquent la prostatectomie.

DEUXIÈME JOURNÉE

Observation de prostatectomie.

M. Nicolich (de Trieste). — Je crois que la prostatectomie transvésicale faite selon Freyer est l'opération de l'avenir, parce qu'elle est plus facile, plus rapide et moins dangereuse.

Des pollakiuries et de leur traitement électrique.

M. D. Courtade (de Paris). — Toutes les pollakiuries ne sont pas justiciables du traitement électrique, et ses diverses formes peuvent demander un traitement différent. Lorsque la pollakiurie est due à une lésion urétro vésicale, le traitement électrique ne saurait agir. C'est surtout dans le cas de pollakiurie neurasthénique que le traitement est indiqué. On doit d'abord instituer un traitement général consistant en arsenic, hydrothérapie et électricité statique. Le traitement local consistera, dans la forme avec irritabilité vésico-urétrale, en courants galvaniques avec grandes plaques placées sur la région dorso-lombaire, le périnée et la région abdominale. Dans les cas d'atonie, on devra faire de l'électrisation localisée.

Adénite bulbaire comme cause de certaines urétrites rebelles.

M. Motz (de Paris). — Le rôle des glandes dans l'infection urétrale est très important. La prostate a été déjà bien étudiée à ce point de vue. Bartrina et Motz ont fait voir, l'année dernière, que la grande majorité des suppurations péri-urétrales est due à la suppuration des glandes de Littre, de la région membraneuse, des glandes cowpériennes et des glandes intrabulbaires. Ils ont montré que ces suppurations peuvent être le point de départ d'abcès urineux et d'infiltration d'urine. En dehors de ces suppurations abcédées, il y a des inflammations chroniques qui entretiennent pendant de longues années les urétrites chroniques de ces malades. Il est impossible de faire un diagnostic différentiel entre une littrite de la région membraneuse et une prostatite. Il faut donc, en soignant une prostatite, soigner en même temps l'urètre postérieur surtout par le massage de cette région. La bulbite chronique peut être diagnostiquée de la même façon qu'une prostatite chronique, c'est-à-dire par l'expression de la région bulbaire qui donne, dans un certain nombre de cas une sécrétion purulente. La constatation doit faire ajouter au traitement ordinaire des urétrites chroniques le massage de la région bulbaire qui peut être exécuté par le malade.

Traitement de la blennorragie dans les hôpitaux.

M. Jules Janet. — La blennorragie, cette maladie si fréquente dans toutes les classes de la société, n'est traitée dans nos hôpitaux que d'une façon absolument rudimentaire. Or, nous savons tous que, mal traitée, elle s'éternise, multiplie les contagions, conduit l'homme à la stérilité et produit chez la femme ces lésions si fréquentes de l'utérus et de ses annexes qui peuplent nos services de chirurgie. Nous savons également qu'un traitement précoce et rationnel transforme du tout au tout cette redoutable affection et supprime, dans la plupart des cas, ses complications. Il semble donc regrettable que nous ne puissions pas faire profiter les classes pauvres du traitement si efficace que nous offrons à notre clientèle aisée. C'est cette lacune que je voudrais arriver à combler en vous montrant comment on pourrait, dans les hôpitaux, avec un personnel relativement restreint, arriver à soigner, dans de bonnes conditions, l'énorme clientèle blennorragique que nous négligeons aujourd'hui.

M. J. Reboul (de Nîmes.) — *Rupture et déchirure de l'urètre prostatique par fracture du pubis ; guérison.*

M. Le Fur (de Paris). — *Des rétrécissements de l'urètre postérieur et de leur traitement.*

M. H. Minet (de Paris). — *Procédé rapide de dilatation électrolytique des rétrécissements de l'urètre.*

M. Le Fur (Paris). — *De la dilatation électrolytique de l'urètre.*

M. Paul Delbet. — *Remarque sur le traitement des urétrites chroniques.*

Calculs de l'urètre.

M. Desnos (de Paris). — L'observation que je vais rapporter est très remarquable par le contraste qu'elle présente entre l'étendue et l'importance des lésions et la bénignité des symptômes. Le malade ne se plaignant que d'une légère urétrite, l'exploration me fit d'abord découvrir un calcul dans la région pénienne puis plus profondément 15 calculs dont 3 atteignaient le volume d'une petite noisette ; ces calculs purent être extraits par l'urètre, mais je tombai sur une masse considérable occupant et distendant le cul-de-sac du bulbe et atteignant le volume d'une noix, qu'une incision périnéale me permit d'extraire : ce calcul est bien exclusivement intra-uréthral, n'ayant amené qu'une très légère érosion de la muqueuse, à peine infectée.

Sur la dégénérescence maligne des papillomes des voies urinaires

M. Henry Reynès (de Marseille). — L'observation suivante d'un malade, dont j'ai déjà parlé dans deux de nos congrès

est une nouvelle preuve de la dégénérescence des papillomes des voies urinaires.

En 1899, je vis un malade soi-disant atteint d'hématurie essentielle : en réalité, il y avait une hémorragie due à des lésions du rein droit. Le 11 octobre 1889, je pratiquai la néphrectomie totale, pour dégénérescence papillomateuse du rein et du bassinet. Après deux ans de guérison, les hématuries reprennent, dues à des végétations papillomateuses de l'urètre droit envahissant l'embouchure vésicale : le 19 janvier 1902, je fis en un temps, et avec succès, l'uretérectomie totale et une cystectomie partielle. Enfin en 1903 le malade présenta de nouvelles hématuries et montra les signes d'une cachexie néoplasique, et il succomba en 1904 à des phénomènes de dégénérescence maligne avec néoplasies sarcomateuses dans l'ancien foyer utéro-vésical.

M. Durrieux (d'Alger).— *Les kystes hydatiques de la prostate.*

M. Bruni (de Naples). — *Streptotricose des voies urinaires.*

M. Monsseaux (de Vittel).— *Troubles de la miction chez l'enfant par gravelle sablonneuse ou hyperacidité urinaire.*

M. Nicolich (de Trieste) rapporte *trois cas d'émasculation totale.* (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 octobre.

Après la lecture du procès-verbal, la séance est levée en signe de deuil par suite du décès de M. Tillaux, président de l'Académie. M. Tillaux dans ses fonctions de Président comme d'ailleurs dans toute sa carrière avait certainement montré l'activité la plus consciencieuse. Il y fut, à son ordinaire, homme de devoir et d'énergie.

En raison des fêtes de la Toussaint la prochaine séance de l'Académie est remise au mercredi 2 novembre.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 octobre.

Rétrécissement mitral méconnu à cause de l'absence des signes physiques.

MM. de Massary et Tessier présentent un cœur dont l'orifice mitral est rétréci au point de ne pouvoir laisser passer qu'une tige de la grosseur d'un crayon; le cœur droit est très dilaté, entraînant une large insuffisance tricuspidienne. Ce fait est une justification de l'opinion de Rendu que les signes stétboscopiques manquent totalement dans les rétrécissements mitraux très serrés.

Maladie de Recklinghausen accompagnée d'anomalie squelettique et de troubles psychiques.

M. Jeanselme présente un malade porteur de taches pigmentaires, de fibromes cutanés de névromes, signes classiques de la maladie de Recklinghausen; le même malade présente encore une absence congénitale du péroné gauche, constatée radiographiquement par M. Walther; une instabilité mentale très nette manifestée par de continuels changements de profession, une susceptibilité ombrageuse outrée complique encore davantage son affection. Pour l'auteur, la distrophie cutanée appelée maladie de Recklinghausen est une manifestation d'ordre tératologique.

Glycométrie du liquide céphalo-rachidien chez l'enfant.

MM. Sicard et Rousseau ont trouvé que la teneur en glycose de ce liquide à l'état normal oscillait entre 0, 40 et 0, 50 pour 1000.

L'hypoglycose existerait dans le liquide céphalo-rachidien au cours du diabète, de la coqueluche, des tumeurs à siège nasocéphalique. L'hypoglycose rachidienne, dans la méningite aiguë tuberculeuse ou cérébro-spinale.

On comprend, sans qu'il soit besoin d'insister, l'importance diagnostique de la glycométrie rachidienne, lorsque le cytodiagnostic n'est pas très net.

Hémiplégie transitoire pendant une diurèse médicamenteuse dans l'asystolie.

MM. Achard et Ramond. — Il résulte de l'observation rapportée par les auteurs que l'accident s'est produit après une diurèse non modérée provoquée par la théobromine.

Il s'agit probablement des perturbations de l'équilibre humoral résultant de l'évacuation des hydropisies.

M. Siredey cite un cas analogue d'une malade atteinte d'une lésion mitrale qui fit à plusieurs reprises des hémiplégies incomplètes et transitoires. Il se range à l'avis de M. Achard sur la pathogénie de ces accidents, mais rappelle l'opinion de Potain qui insistait sur la fréquence des paralysies hystériques chez les mitraux. Ni les malades de M. Achard ni ceux de M. Siredey ne présentaient des stigmates hystériques.

Atrophie infantile prolongée.

M. Variot présente une enfant de trois ans à laquelle manquent la moitié de son poids et plus de vingt centimètres de taille. M. Variot insiste sur la distinction à faire entre l'état d'atrophie et ceux de l'athrepsie et du rachitisme. Ici des troubles trophiques se portent non seulement sur le tissu osseux, mais aussi sur tous les tissus en général. Ils n'en résultent pas moins d'une intoxication d'origine gastro-intestinale.

Le citrate de soude dans l'alimentation des nourrissons.

M. Variot. — Les médecins anglais, Wright en particulier, ont obtenu des résultats heureux par l'adjonction de 0 gr. 06 centig. de citrate de soude par 28 grammes de lait. Ce sel aurait pour effet de précipiter les sels de chaux et de rendre ainsi le lait moins coagulable par la présure ou tout au moins de faire le caillot moins dense, moins lourd à digérer.

Grippe œdémateuse.

M. Leclerc envoie une communication portant sur 34 observations de cette affection.

B. Tagrine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 22 octobre 1904.

Grossesse et accouchement normaux au cours d'un traitement radiothérapique pour cancer au col utérin.

par MM. LAQUERRIÈRE et LABELLE.

Observation. — Madame B.., domestique, 35 ans, vient consulter le docteur Labelle en décembre 1903 pour : 1° un retard des règles de 2 mois ; 2° une leucorrhée abondante et fétide, parfois de petites pertes de sang ; 3° une asthénie générale ; 4° des douleurs violentes qu'elle localise uniquement à l'estomac. — Les 3 derniers symptômes ont débuté depuis l'aménorrhée.

Antécédents. — Bien portante habituellement ; a eu un enfant il y a 18 ans qui se porte bien. A consulté à Lariboisière où on lui a dit : Métrite chronique, et où on lui a prescrit de l'iodure (?). Croit avoir un peu maigri.

Examen.— Col presque normal en sa plus grande partie, comme consistance, mais très hypertrophié. Son angle gauche est le siège de végétations fongueuses et d'ulcérations qui s'étendent sur la paroi vaginale dans le cul-de-sac gauche.

Corps très manifestement hypertrophié (fibrome ?). En somme, épithélioma du col à localisation spéciale ayant envahi le Douglas et qui immobilise le segment inférieur de l'utérus. — Dans ces conditions on peut considérer la malade comme inopérable avec chances de succès. Le docteur Labelle a adressé la malade à la clinique, où elle entre le 11 décembre.

Le docteur Laquerrière considère la malade comme inopérable et commence l'application des rayons X.

Au point de vue de la technique, le traitement se divise en plusieurs périodes.

I. Du 11 décembre au 30 mars, on fait uniquement des

applications externes sur le ventre, le pubis, le périnée, les lombes.

L'ampoule est placée de 8 à 15 cent de l'épiderme, l'étincelle équivalente est de 6 à 10 centimètres, l'anticathode rougissant franchement en 15 à 20 secondes. Durée des séances : deux à huit minutes.

On va pour chaque région jusqu'à ce qu'on constate une radiodermite légère et l'on passe alors à une autre.

Résultats : durant les premiers temps, l'état général continue à décliner, l'appétit devient nul, les douleurs augmentent, mais la malade ne localise plus à l'estomac, mais à tout le ventre. Elle devient incapable d'aucun travail — le poids diminue (le poids initial n'a pas été conservé) et tombe à 62 kilogs (30 décembre) ; cependant la leucorrhée a cessé d'être fétide.

Vers le milieu de Janvier, les forces reprennent, le facies, cachectique dès le début, devient meilleur, l'appétit reprend, le 1er février le poids est de 67 kg. Au milieu de février la malade recommence à aller au lavoir.

En Janvier, il y eut quelques suintements de sang très courts mais assez abondants.

Le 30 mars, examen : La face postérieure du col et des faces latérales sont envahies présentant des lésions s'étendant à la surface d'une pièce de 5 fr. environ. Les lésions sont irrégulières, mamelonnées, végétantes, ulcérées, sanguinolentes par petites places. Mais presque partout recouvertes d'un enduit sanieux. Cet aspect se prolonge dans le Douglas, qui est envahi en entier et dans les culs-de-sac latéraux. Le corps paraît s'être encore hypertrophié. En somme les lésions se sont manifestement aggravées, quoique leur marche ait été assez lente.

II. Le nombre de séances dans cette première période est de 39. Aussi nous décidons de faire des séances sur le col ; nous continuons les applications externes 1 à 2 fois par semaine dans les mêmes conditions, mais tous les 8 jours nous faisons, à travers un spéculum, en prenant toutes les précautions nécessaires pour protéger le vagin, le pubis, et les cuisses, une application longue sur le col. L'ampoule est à 18 ou 20 cent. du col, l'étincelle équivalente de 4 à 5 centimètres; durée : 7 à 15 minutes.

Elle subit ainsi du 30 mars au 29 juin 13 applications à travers le spéculum et 14 applications externes. L'état général s'améliore, les forces reviennent, la malade fait son travail presque sans difficulté, elle va au lavoir 2 fois par semaine, 3 à 5 heures en moyenne chaque fois. Elle ne souffre plus, perd de l'eau peu épaisse, inodore, parfois sanguinolente, a rarement des pertes de sang ; une seule est importante et dure cinq jours.

En somme, il y a une véritable résurrection. Localement, presque dès le début (13 avril), il y a une modification : « La surface malade est au total moins étendue, elle est moins irrégulière, moins sanieuse, le relief du col se dessine mieux ».

Peu à peu cette amélioration s'accentue; vers la fin du traitement le col reste très gros à sa partie inférieure et latérale, il est comme boursouflé, rougeâtre, un peu sanieux. Mais il n'y a plus de végétations et à le voir seul, on hésiterait à porter un diagnostic. Par contre, il existe toujours des végétations dans le Douglas (qui est plus éloigné de l'ampoule et est en partie protégé par le spéculum).

Le corps utérin, par contre, a continué à se développer ; en juin nous notons qu'il a le volume d'une grossesse de cinq mois environ.

Le poids est monté à 67 kilogs fin avril et se maintient à ce chiffre. La malade va très bien et n'était le volume de son ventre qui l'inquiète, elle demanderait pourquoi on continue à la soigner.

Le 1er juillet la malade est prise subitement de douleurs et accouche. L'accouchement a été fait par une sage-femme qui n'a absolument rien remarqué d'anormal, sauf une hémorrhagie d'ailleurs légère durant le travail.

L'enfant est bien constitué, normalement, développé régulièrement sans présenter rien de particulier jusqu'à maintenant, 17 octobre.

III. Peu après l'accouchement, la malade a eu des pertes fétides puis des hémorrhagies. Etant donné l'excellent état dans lequel elle était avant l'accouchement, elle est persuadée que ces troubles sont le fait d'une maladresse de la sage-femme. Elle ne pense pas qu'ils aient du rapport avec la maladie antérieure et c'est à grand'peine que nous la décidons à se soigner de nouveau. Le traitement est repris le 4 août. Depuis, nous avons fait 20 séances mais l'état général est très mauvais, les douleurs sont violentes ; il y a de fréquentes hémorrhagies. La seule amélioration que nous ayons obtenue est la disparition de la fétidité des pertes blanches, qui sont toujours abondantes.

Les lésions du col, extrêmement aggravées d'abord, sont actuellement un peu améliorées, mais continuent à présenter l'aspect typique d'un épithéloma : elles restent surtout marquées à la partie inférieure du col, mais tendent à gagner la partie supérieure. Le poids a diminué de 2 kilog. depuis le début de septembre.

Ces aggravations se sont du reste produites malgré l'adjonction à la radiothérapie de quinine et d'arsenic.

Réflexions. — Cette observation nous paraît intéressante à plus d'un titre. D'abord elle montre l'efficacité des rayons X au moins comme palliatif (le résultat final paraissant devoir être néanmoins funeste), car il est bien certain que si au début de janvier on s'était décidé à morphiner cette malade, elle n'aurait pas eu les quelques mois d'existence normale ou presque normale qu'elle a eus en avril, mai et juin, et que d'autre part l'issue de sa grossesse eût été très problématique.

Ensuite on constate l'action réelle des applications radiothérapiques sur les lésions, puisque celles-ci ont diminué, les symptômes ayant été améliorés par le traitement externe, à partir du moment où on a pratiqué des séances à travers un spéculum, et ont diminué tellement que cette femme, présentant en décembre un cancer du col considéré par chacun de nous isolément comme inopérable, a pu cependant accoucher sans que la sage-femme constate rien d'anormal, et sans qu'il y ait d'incident notable durant le travail, durant l'expulsion et durant la délivrance.

Enfin l'observation soulève une grosse question au sujet de l'action même des rayons X. Jusqu'ici on a admis que la radiothérapie détruisait les cellules à évolution rapide, de la peau, cellules des tumeurs malignes — spermatozoïdes, etc. Or, ici les cellules cancéreuses ont cédé au traitement alors que le fœtus a continué à se développer et ce traitement n'a pas empêché l'enfant de naître viable et de se bien porter depuis. Faut-il admettre alors que les rayons X aient une action élective sur les tissus cancéreux ou bien que les cellules cancéreuses de notre malade avaient une évolution encore plus rapide que celle de l'embryon ? Ce sont là deux hypothèses que rien ne vient confirmer et nous devons dire que si nous avions su au début que la malade était enceinte (1), nous ne l'aurions très probablement pas soignée. Actuellement, avec cette expérience derrière nous, nous tenterions, évidemment, dans un cas semblable, les chances de la radiothérapie ; mais évidemment le cancer serait la seule affection où nous nous permettrions de diriger d'une façon suivie des rayons X sur l'abdomen en cas de grossesse, car ce traitement paraît, d'après les expériences sur les animaux, dangereux pour la viabilité du fœtus. Seulement, dans ce cas particulier il est à ce point de vue bien moins dangereux, en laissant de côté l'opération radicale, que des cautérisations palliatives ou que la morphinisation.

(1) Ce n'est qu'après l'accouchement que nous avons su que la malade, veuve depuis des années, avait été violée par un patron dont elle s'était d'ailleurs séparée le lendemain.

BIBLIOGRAPHIE

Les légumes et la diffusion des maladies infectieuses et parasitaires, par le Dr A. Rizzoli. (*Giornale della R. Societa Italiana d'Igiene*, 31 janvier 1903, p. 12.)

Ce sujet a été traité récemment par Ceresole, par Wurtz et Bourges et par Biancotti (*Revue d'hygiene*, 1901, p. 162; 1902, p. 84 et 280); après avoir rappelé ces travaux, l'auteur entreprend des recherches analogues sur les légumes de Padoue, cultivés dans des jardins recevant de l'engrais humain et arrosés d'eaux d'égout, car les résultats précédemment donnés par Ceresole étaient quelque peu alarmants pour les consommateurs et pour les producteurs.

Cette étude porte sur les légumes, mangés habituellement à l'état cru dans la région : laitue, chicorée, radis, fenouil, celeri et aussi sur les fraises, cultivées dans les mêmes conditions. La provenance était variée. la cueillette récente, le nettoyage, le lavage et l'épluchage avaient lieu comme dans les ménages; on prélevait sur chaque espèce un échantillon de 100 gr., préparé comme pour être servi sur la table. Chaque échantillon était placé dans une bouteille d'Erlemayer de deux litres, renfermant 1,000 c. c. d'eau distillée stérilisée que l'on agitait violemment de façon à détacher tous les microorganismes; après avoir laissé déposer le liquide, entouré de glace, on employait le sédiment à l'examen microscopique, aux cultures et aux inoculations sur les animaux.

A l'inverse de celui de Ceresole, l'examen microscopique ne décela rien de bien intéressant : jamais d'œufs de cestodes; une seule fois sur du fenouil, quelques œufs d'ascarides lombricoïdes; souvent des œufs de vers de terre et d'insectes; nombreux protozoaires, monades, vorticelles, quelques amibes.

La numération des germes donna par c.c. 353.000 pour les fraises qui n'avaient pas été lavées, et pour les légumes des chiffres variant, depuis 100,424 pour la chicorée jusqu'à 31.725 pour le fenouil; tous ces nombres sont inférieurs à ceux de Bianchotti, dont le maximum avait été de 431.700 et le minimum de 162.450. Le lavage de chaque espèce avait été fait avec de l'eau de la canalisation, qui ne contenait en moyenne que de 50 à 100 germes p. c.c. Les cultures, faites dans les boîtes de Pétri, produisirent des colonies constituées en majeure partie par des saprophytes, quelquefois par le streptocoque, le staphylocoque, le B. coli, jamais par le bacille de la fièvre typhoïde. Parmi les anaérobies, on ne trouva de pathogène que le B. de l'œdème malin.

Pour les inoculations aux animaux, on employa le sédiment de l'eau de la bouteille d'expérience, aussi les résultats sont bien plus favorables que ceux de Bianchotti, qui se servait de l'eau de premier lavage, tandis que l'auteur n'a en réalité, inoculé que les germes, qui auraient été ingérés en même temps que les légumes. Sur 50 lapins inoculés 6 succombèrent et l'examen du sang révéla encore le streptocoque, le staphylocoque et le B. communis, ce dernier germe fut retrouvé sur 4 cobayes morts dans une série de 20, tandis que 40 souris ne donnèrent que quelques décès de cause incertaine.

Il est permis de conclure de ces indications que les légumes achetés sur le marché de Padoue sont bien peu dangereux après deux abondants lavages, convenablement opérés, en tous cas beaucoup moins que ne le faisaient craindre les précédentes recherches de Ceresole qui paraissent s'appliquer à un cas particulier et exceptionnel. Parmi les germes isolés par Rizzoli, bien peu sont pathogènes et jamais celui de la fièvre typhoïde n'a été rencontré. Au point de vue parasitaire, il n'y a en somme aucun helminthe à signaler, à l'exception de quelques œufs d'ascaride. (*Revue d'Hygiène et de police sanitaire*, n° 11 du 20 novembre 1903.) F.-H. Renaut.

CORRESPONDANCE

Avortement.

Mon cher Bourneville,

Dans le numéro du *Progrès médical* du 8 octobre, vous avez reproduit un passage d'une leçon publiée dans le n° 17 du *Journal des Sages-femmes*. On y lit ceci : « Une « de mes clientes m'a dit avoir été lavée ainsi par une « des femmes de service de la maison Dubois ».

Je suis étranger à cette rédaction, et la personne qui m'écoutait a commis bien involontairement une erreur. Voici, en effet, ce que j'ai raconté : ma cliente, vue à ma consultation, s'était trouvée malade à la maison Dubois; elle y avait reçu la visite de sa sage-femme et, comme elle avait un léger retard dans l'apparition de ses règles, cette *sage-femme* lui avait fait un lavage utérin.

Ce n'est pas tout à fait la même chose : *Suum cuique*.

Sincèrement à vous,

Rome, le 14 octobre 1904. P. Budin.

Nous remercions bien vivement notre ami, le Professeur Budin, de sa rectification.

La Police des mœurs en Allemagne.

On nous écrit de *Dresde* en date du 10 octobre :

Il peut paraître paradoxal de demander à un journal de médecine comme le *Progrès* de rendre compte d'un congrès où l'hygiène publique devait tenir large place et où l'on n'a pour ainsi dire point vu ni entendu de médecins: c'est le cas du Congrès tenu il y a quelques jours à Dresde par la *Fédération internationale* pour l'abolition de la police des mœurs. A part une exception représentée par une personnalité allemande, non priée et plus ou moins qualifiée, qui n'a d'ailleurs paru que dans une réunion publique, le corps médical allemand, universitaire ou libre, s'est abstenu avec un ensemble caractéristique: cependant, 320 invitations lui avaient été adressées. La raison qui nous en a été donnée par les organisateurs du congrès et notamment par Mme Katharina Scheven, est que tous les médecins susceptibles par leurs études et leurs tendances progressistes d'accueillir une réforme du système actuel de la réglementation de la prostitution, appartiennent *au parti social-demokrat*, et qu'il leur a été impossible de s'associer à l'organisation d'un congrès dont les initiateurs étaient des bourgeois (*sic*). Cette abstention a été d'autant plus regrettable que l'intervention de médecins à la conférence de Bruxelles, comme le Pr Neisser. de Breslau, comme le Dr Blaschko, de Berlin, comme le Pr Lassar, de Berlin, pour ne citer qu'au hasard de la plume, avait permis d'apprécier à son intéressante valeur leur conception des problèmes de l'hygiène et du droit que soulève la question.

Si le congrès n'a pas entendu de médecins allemands, il a entendu en revanche nombre de pasteurs allemands, quelques juristes et beaucoup de dames, déléguées pour la plupart par les Sociétés féministes progressistes de l'Empire. En dehors des opinions libérales exposées avec une éloquence et une finesse rares, associées à beaucoup de tenacité, par Mme Kath. Scheven, organisatrice du Congrès, on pourrait résumer comme suit, tant au point de vue de la morale qu'au point de vue du droit, et de l'esprit social en général, la manière dont on a accueilli outre Rhin l'exposé de la réforme anti-réglementariste. C'est l'impression que nous ont laissée les discours des juristes, des dames et des pasteurs que nous donnons ici.

Le principe d'autorité, c'est-à-dire le gouvernement absolu dans les administrations civile et militaire, a porté au dedans et au dehors l'ordre social et la puissance du peuple allemand à un maximum d'épanouissement que tout le monde sans distinction reconnaît et salue; le droit de moralisation générale rentre dans les droits de l'Etat. L'Etat, gardien fidèle de la morale publique, tient que c'est un délit qualifié et digne de peines pour les femmes de disposer de leurs corps jusqu'à la licence; ce même Etat veut bien concéder par pure exception que les femmes qui adoptent la surveillance de la police n'auront à subir que des règlements et des pénalités atténuées qui ne figurent pas dans la loi. La loi, en raison de

leur soumission, ne les tiendra pas pour de véritables criminelles.

A cette conception civile de la moralité sexuelle féminine vient se joindre, au nom de la morale religieuse, l'effort des pasteurs, collaborateurs du gouvernement dans la confection de la mentalité générale de la nation : ici, nous ne rencontrons pas moins de rigueurs dans la théorie et la pratique et c'est le lieu de rappeler que l'extrême logique du code religieux de moralité intersexuelle a conduit le chef d'une des associations de moralisateurs les plus puissantes de l'Allemagne, M. le pasteur Weber, à réclamer, de la loi positive, des poursuites non pas seulement contre les débauchés des deux sexes qui sont des conjoints d'une heure, mais contre les personnes qui vivent en dehors du mariage dans un état d'union libre même durable : on juge que pour des moralistes de cette rigueur les sévérités même de l'arbitraire sont peu dignes de blâme ; la seule garantie que cette grande classe de moralistes publics accepte dans la matière, est que les femmes débauchées — car nos moralistes omettent les hommes — soient punies non par la police seule, mais au nom de la loi. Une autre raison d'Etat que les pasteurs allemands, parlant par la bouche de M. Rohm, ont fait valoir pour approuver une police et un code sévère de mœurs est que la prostitution est pour l'Allemagne une cause de dépopulation, une multitude de forces vives venant se perdre dans ce fossé malthusien.

L'intérêt du Congrès s'est donc concentré en ces deux points : d'abord l'accueil courtois fait à la *Fédération* représentée par son Bureau et nombre de ses membres anglais, suisses et français, et l'exposé, fait par ses leaders les plus compétents, de l'organisation dite abolitionniste en opposition au concept allemand. Nous donnerons une mention particulière aux rapports de M. H. Minod sur l'inexistence légale du délit de prostitution ; de M. A. de Morsier sur l'inexistence du délit de racolage qui, pour l'auteur, rapproché de l'acte prostitutionnel, n'est qu'un délit d'intention quand il n'y a pas scandale ou attentat à la pudeur ; de Mme Avril de Sainte-Croix ; de M. James Stuart, président de la *Fédération* ; H. Pierson, H. Wilson membre de la Chambre des Communes; du pasteur français Hoffet qui a heureusement réfuté la conception particulière de ses collègues allemands ; des Docteurs Rist et Fiaux, de Paris, sur l'hygiène, etc. Deux dames allemandes, très justement et honorablement célèbres outre-Rhin, Mmes Pappritz et Stritt ; des Genevoises MMmes Vidart, de Malinen, Riezmoka et autres, ont traité les questions de morale aux deux points de vue opposés de la liberté et de l'autorité, avec une éloquence qu'envieraient beaucoup d'hommes de parole publique.

Détail à signaler : la police de Dresde s'est montrée fort libérale et n'a apporté nulle obstruction à la liberté des débats. Notre préfecture de police à Paris, quand la Fédération y est venue discuter pour la première fois la réglementation, il n'y a pas encore longtemps, a opposé bien d'autres difficultés multipliées à dessein.

Il reste de cette manifestation que la question de la réglementation vient de se poser en Allemagne dans des termes et dans un milieu nouveau avec des abstentions systématiques et des oppositions doctrinales qui en augmentent la complexité.

La *Fédération* veut l'ordre, la morale, l'hygiène, la justice égale pour les deux sexes par la liberté, c'est-à-dire par la libre adhésion de la conscience éclairée.

La mentalité allemande, actuelle, paraît, dans sa majorité tendre à tous ces buts et croire seulement les atteindre par l'autorité sous sa double forme religieuse et civile.

La *sociale-démocratie* s'est abstenue.

Dans une telle situation, le duel qui s'engage sur ce point de vue de sociologie dans ses rapports avec la médecine publique, est des plus intéressants : nous tiendrons les lecteurs du *Progrès* au courant de ses épisodes ultérieurs.

Collège de France. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts en date du 22 octobre 1904, la chaire d'histoire naturelle des corps inorganiques du Collège de France est déclarée vacante. Un délai d'un mois, à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

VARIA

L'assistance médicale des indigènes en Tunisie.

En Tunisie, l'assistance médicale aux indigènes, très développée sous l'impulsion de M. Pichon, est à la charge d'une administration musulmane qui gère les biens (*Habous*) légués à titre d'œuvre de bienfaisance pour entretenir le culte musulman et les établissements charitables.

En dépit de ces ressources très limitées, l'administration des Habous entretient notamment à Tunis un hôpital réservé aux indigènes, l'hôpital Sadiki, où des résultats extrêmement intéressants ont été obtenus dans ces dernières années. Les indigènes y affluent de tous les points de la Régence et, chose plus curieuse, on peut y voir en grand nombre des *femmes musulmanes* qui y entrent de leur plein gré, amenées par leur maris, leurs pères, leurs frères non pour y être examinées par une sage-femme ou une doctoresse, mais pour y subir les plus graves opérations chirurgicales. Pareil effort a été fait dans l'intérieur, notamment à Nabeul, où existe un petit hôpital indigène fonctionnant aussi simplement qu'économiquement.

Mais pour compléter ce réseau médical et aider le médecin français isolé au milieu des indigènes, il fallait lui donner des aides qui pussent non seulement l'assister, mais encore lui servir d'interprètes. De là l'institution des *auxiliaires médicaux* qui permettait d'utiliser quelques-uns de ces jeunes Tunisiens instruits dans nos écoles, munis de certificats et de diplômes dont ils trouvent de moins en moins l'emploi.

Cet enseignement a été créé depuis deux ans à l'hôpital Sadiki et non sans peine. Il a fallu surtout se heurter à des critiques plus ou moins justifiées, notamment à la crainte que ces jeunes gens ne devinssent des concurrents dangereux pour les médecins diplômés. Ces objections purement locales ne semblent pas avoir eu d'écho en Algérie, ce qui s'explique, le médecin français étant seul à y exercer sa profession, alors que la Tunisie est encombrée de médecins italiens souvent réduits à la portion congrue.

Quoi qu'il en soit, les auxiliaires médicaux de l'hôpital Sadiki, en attendant qu'ils soient employés dans l'intérieur de la Régence, ont trouvé un débouché intéressant. Nous apprenons, en effet, que le Comité du Maroc va en utiliser, dès à présent, quelques-uns dans l'œuvre de pénétration pacifique qu'il poursuit, œuvre dans laquelle l'assistance médicale est un agent d'influence française de premier ordre et en tout cas le mieux accueilli. (*Le Temps*.)

Les horreurs de la guerre.

L'*Echo de Paris* reçoit de Saint-Pétersbourg, le 9 octobre, la note suivante : Le correspondant à Kharbin du *Rousskaïa Viedomosti* rapporte que dans un train transportant 700 blessés de Liao-Yang, les blessés étaient répartis 25 par wagon. Ils étaient étendus, sans nattes ni paille, sur le plancher couvert de poussière, d'ordures et de fumier, car on n'avait pas eu le temps de nettoyer ces wagons, qui avaient auparavant transporté des chevaux de cavalerie ; 23 moururent en route. Le train manquait de médicaments, des accessoires d'ambulances, et même de seaux, de cruches et de cuillers. Les blessés sont restés des jours entiers sans recevoir de nourriture chaude, et ont dû s'alimenter exclusivement de thé, de pain et d'œufs.

Nouveau referendum antituberculeux.

M. le Dr G. Petit, secrétaire de la rédaction de la *Revue Internationale de la tuberculose* entreprend un nouveau referendum antituberculeux dans lequel il pose aux médecins les questions suivantes :

a) 1° Le médecin ayant fait le diagnostic de tuberculose doit-il le dire ? 2° N'existe t-il pas à côté du dispensaire et du sanatorium, des organisations pouvant aider à la solution du problème tuberculeux ?

b) 1° Au point de vue individuel, y a-t-il intérêt pour le malade à être fixé sur l'état actuel de son affection ? Le médecin doit-il lui dire qu'il est tuberculeux ? 2° Y a-t-il intérêt pour la famille à être avisée de la tuberculose de son

parent ? 3° Y a-t-il intérêt pour la collectivité à déclarer officiellement la tuberculose ?

c) 1° Quel est d'après vous le facteur essentiel et dominant de la tuberculose ? 2° Que pensez-vous de l'isolement des tuberculeux dans nos grands hôpitaux urbains ? 3° N'existe-t-il pas en France, en dehors du dispensaire et du sanatorium, un autre élément de l'armement antituberculeux ? 4° Certains grands locaux vides et inutilisés appartenant à l'Etat ou aux communes ne pourraient-ils pas être affectés au traitement des tuberculeux ? Connaissez-vous beaucoup de ces locaux ? 5° Les hopitaux suburbains et intercommunaux disposant de places et même de pavillons ne pourraient-ils pas être installés à peu de frais pour recevoir et isoler les tuberculeux ?

(Prière de répondre au Dr Georges Petit, secrétaire de la rédaction de la *Revue internationale de la Tuberculose*, 9, rue Rougemont, Paris.)

LES CONGRÈS

Congrès des Gouttes de Lait.

Le Congrès des Gouttes de Lait projeté en vue de créer une Union de ses Œuvres répandues dans le monde entier, devait se tenir les 28, 29 et 30 octobre courant. Le but de cette réunion était surtout de les mettre mieux à même de bien coordonner leurs efforts et de les diriger de plus en plus utilement vers la lutte contre la mortalité infantile. De nombreuses adhésions sont déjà parvenues au Comité d'organisation (plus de cent en quinze jours), nombre de maîtres en pédiatrie, français et étrangers, se sont fait inscrire en envoyant le sujet de leurs communications, mais presqu'à l'unanimité les Congressistes ont exprimé le désir que le moment de la réunion soit différé.

Le Comité d'organisation se conforme à cette volonté, convaincu qu'il en résultera un effet meilleur. La date exacte des futures assises sera prochainement indiquée. Les nouveaux délais requis et apportés au Congrès permettront à ceux que préoccupe l'enfance d'adhérer à l'entreprise, médecins et autres, et de contribuer à en mener l'exécution à bonne fin, maintenant et dans l'avenir. Pour le Comité d'organisation : Dr Léon Dufour (Fécamp).

NÉCROLOGIE

LE Pr P. TILLAUX.

Président de l'Académie de médecine.

Le Prof. Tillaux, dont le corps médical entier porte le deuil aujourd'hui, était un chirurgien dans la plus belle, la plus droite, la plus noble acception du terme. Professeur émérite, anatomiste clair et précis, clinicien expérimenté, opérateur habile et de sang-froid, l'habitude du couteau n'avait pu chez lui amoindrir la bonté et la compassion.

En se servant d'une expression un peu triviale, mais touchante quand elle s'adresse à une personne de haute situation et de grand talent, les collègues, les élèves et sur tout les malades de M. Tillaux avaient l'habitude de dire qu'il était un « brave homme ».

Né à Aulnay-sur-Odon, en Calvados, le 8 décembre 1834, Paul-Jules Tillaux commença à Paris ses études médicales. Interne en 1857, il fut prosecteur en 1861, chirurgien des hôpitaux en 1863. En 1866, il concourait avec succès pour l'agrégation. L'Assistance publique lui confia en 1868 la direction des travaux anatomiques de l'amphithéâtre de Clamart à la tête duquel il devait rester de longues années. Ce fut là qu'il donna cet enseignement clair et précis de l'anatomie opératoire, qui le rendit si populaire parmi de nombreuses générations d'étudiants et qu'il sut si merveilleusement condenser dans son *Traité d'anatomie topographique avec application à la chirurgie*, paru en 1877, et dont on ne compte plus les innombrables éditions. Chargé du service de chirurgie à Beaujon en 1878, il ne quitta l'Hôtel-Dieu, dont il était chirurgien dès 1886 que lorsque, en 1890, il fut appelé un peu tardivement, vu son mérite, à la chaire de clinique chirurgicale de la Charité.

Tillaux avait, en effet, déjà donné alors de nombreuses preuves de sa valeur de clinicien. Sa thèse d'agrégation sur les *affections chirurgicales des nerfs*, ses *Recherches expérimentales et cliniques sur le mécanisme de la production des luxations coxo-fémorales en arrière*, jointes à son *Traité d'anatomie topographique* et au *Traité de chirurgie clinique* (ces deux ouvrages traduits dans toutes les langues) en faisaient un chirurgien universellement connu et apprécié.

L'École Royale de chirurgie d'Angleterre l'avait admis au nombre de ses membres honoraires et l'Académie de médecine de Paris, dont il devait mourir président, l'avait admis en 1879 parmi ses membres. A une époque où l'antisepsie amena une véritable révolution dans l'art chirurgical et permit toutes les audaces, Tillaux sut conserver sa place au premier rang des hommes de progrès. Il évita cependant l'écueil de nombre de chirurgiens qui, grisés par les succès et la réputation que donnaient les grandes interventions abdominales, négligeaient quelque peu systématiquement la chirurgie courante, la vraie et bonne chirurgie, qui demande plus d'expérience clinique, plus d'habileté opératoire, où les diagnostics ne se font pas sur la table d'opération, et dont les résultats sont souvent plus utiles tant au point de vue social qu'au point de vue individuel.

Le gouvernement de la République avait su distinguer l'honnête homme et le savant : le Pr Tillaux était grand officier de la Légion d'honneur.

C'est au moment où le Congrès français de chirurgie clôturait sa 17e session que s'est effacée cette grande figure, la gloire et l'honneur de la chirurgie française. La mort paraît avoir attendu pour le frapper, après une longue maladie, ce concours de chirurgiens français pour leur permettre en se souvenant de sa vie, de suivre un noble et rare exemple de travail, de valeur et de dignité professionnelles. J. Noir.

FORMULES

XVI. — Contre l'hyperidrose.

Poudrer avec :

Acide salicylique	3	grammes.
Alun pulvérisé	5	—
Naphtol B	5	—
Borate de soude	10	—
Amidon pulv	10	—
Talc pulvérisé	67	—

(Brocq.)

Actes et thèses de la Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat. — *Jeudi 3 novembre 1904*, à 1 heure. — *M. Laimé* : Des mastoïdites non précédées d'otite suppurée ; MM. Berger, Hutinel, Gilbert, Faure. — *M. Nicolle* : La cure d'air chez les enfants tuberculeux à l'hôpital Hérold ; MM. Hutinel, Berger, Gilbert, Faure. — *M. Noël* : De l'inocclusion du septum ventriculaire, sans rétrécissement de l'artère pulmonaire et sans cyanose : maladie de Henri Roger ; MM. Hutinel, Berger, Gilbert, Faure. — *M. Dircksen* : Fièvre nerveuse et fièvre simulée dans les affections médico-chirurgicales : MM. Gilbert, Berger. Hutinel, Faure.

Vendredi 4 novembre 1904, à 1 heure. — *M. Champion* : Puériculture du premier âge. L'allaitement maternel : ce qu'il est, ce qu'il doit être ; MM. Pinard, Reclus, Broca (Aug.), Legueu. — *M. Lemoine* : Les ruptures du périnée consécutives à l'accouchement et de leur traitement immédiat et secondaire ; MM. Reclus, Pinard, Broca (Aug.), Legueu. — *M. Chapoy* : Traitement de la fistule vésico-vaginale par le procédé à collerette vaginale ; MM. Reclus, Pinard. Broca (Aug.), Legueu. — *M. Le Gentil* : Contribution à l'étude des corps étrangers sous-glottiques ; MM. Reclus, Pinard, Broca (Aug.), Legueu.

Examens de doctorat. — *Jeudi 3 novembre 1904.* — 3e (2e partie) : MM. Cornil, Guiart, Maillard.

Vendredi 4 novembre 1904. — 3e (2e partie, Oral) : MM. Blan-

chard, Legry, Claude.— 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série) : MM. Kirmisson, Delens, Pierre Duval. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série) : MM. Tuffier, Mauclaire, Proust. — 5e (Obstétrique, 1re partie) : MM. Lepage, Vallich, Potocki.

Samedi 5 novembre 1904. — 5e (2e partie, 1re série) : MM. Chantemesse, Waquez, Jeanselme.— 5e (2e partie, 2e série) : MM. Troisier, Bezançon, Carnot. — 5e (Obstétrique, 1re partie) : MM. Budin, Demelin, Brindeau.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 9 octobre au samedi 15 octobre 1904, les naissances ont été au nombre de 983, se décomposant ainsi : légitimes 749, illégitimes 234.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 810, savoir : 405 hommes et 405 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 3. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 2. — Scarlatine : 1. — Coqueluche : 2. — Diphtérie et Croup : 1. — Grippe : 4. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 1. — Autres maladies épidémiques : 5. — Tuberculose des poumons : 173. — Tuberculose des méninges : 16. — Autres tuberculoses : 13. — Cancer et autres tumeurs malignes : 55. — Méningite simple : 16. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 55. — Maladies organiques du cœur : 51. — Bronchite aiguë : 4. — Bronchite chronique : 25. — Pneumonie : 21. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 61. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 7. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 2 ; autre alimentation : 35. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans 2. — Hernies, obstruction intestinale : 2. — Cirrhose du foie : 7. — Néphrite et mal de Bright : 26. — Tumeurs non cancereuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 3. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 3. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 0 — Débilité congénitale et vices de conformation : 25. — Débilité sénile : 30. — Morts violentes : 24. — Suicides : 8. — Autres maladies : 123. — Maladies inconnues ou mal définies : 12.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 69, qui se décomposent ainsi : légitimes 46, illégitimes 23.

Ecole de médecine de Rouen. — *Chaire de physiologie.* — Nous sommes heureux d'annoncer que notre distingué ami et collaborateur, le Dr L. Longuet, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé professeur titulaire de physiologie à l'Ecole de médecine de Rouen. Comme professeur suppléant d'anatomie, M. le Dr Longuet avait pu déjà montrer la précieuse recrue que l'Ecole de Rouen avait faite avec lui.

Ecole du service de santé militaire. — Par décision ministerielle du 19 octobre 1904 les candidats Mossé (Sylvain-Benédict) et Augé (Augustin-Joseph) classés respectivement 61e et 62e sur la liste dressée par le jury du concours d'admission à l'école du service de santé militaire ont été nommés élèves à ladite école en remplacement de MM. Heymann et Cristol, démissionnaires. — Par la même décision : une demi-bourse avec demi-trousseau a été accordée à l'élève Mossé. Une demi-bourse avec trousseau a été accordée à l'élève Augé. — Par décision ministérielle du 19 octobre 1904 ont été nommés élèves du service de santé de la marine savoir : MM. (59e). Le Cousse (Emile-Victor-Jean-Marie) et 60e Richard (Marie-Noël Antonin-Louis) en remplacement de MM. Curet et Trabaud dont la démission est acceptée.

Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle du 22 octobre 1904 : M. Moulin, médecin aide-major de 1re classe aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie, est désigné pour le 128e rég. d'infanterie. — M. Billon, médecin aide-major de 1re classe au 160e rég. d'infanterie, est désigné pour le 82e rég. d'infanterie. — M. Ecochard, médecin aide-major de 1re classe aux hôpitaux militaires de la division d'Alger, est désigné pour le 4e rég. d'infanterie. — M. Lévy, médecin aide-major de 1re classe au 28e rég. d'infanterie, est désigné pour le 89e rég. d'infanterie. — M. Guerin, médecin aide-major de 1re classe au 13e rég. d'infanterie, est désigné pour le 36e rég. d'artillerie. — M. Périé, médecin aide-major de 2e classe au 161e rég. d'infanterie, est désigné pour le 108e rég. d'infanterie. — M. Lantieri, médecin aide-major de 1re classe au 159e rég. d'infanterie, est désigné pour le 1er rég. du génie. — M. Rigourd, médecin aide-major de 1re classe au 128e rég. d'infanterie, est désigné pour l'hôpital militaire Saint-Martin à Paris (pour ordre). — M. Ebstein, médecin aide-major de 1re classe au 67e rég. d'infanterie, est désigné pour le 34e rég. d'infanterie. — M. Beyne, médecin aide-major de 2e classe au 137e rég. d'infanterie, est désigné pour le 8e rég. de cuirassiers. — M. Bergé, médecin aide-major de 2e classe au 114e rég. d'infanterie, est désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger. — M. Ragot, médecin aide-major de 2e classe au 2e bataillon de chasseurs à pied, est désigné pour le 23e rég d'infanterie. — M. Jouffreau, médecin aide-major de 2e classe au 29e bataillon de chasseurs à pied, est désigné pour le 160e rég. d'infanterie. — M. Péré, pharmacien-major de 1re classe à la réserve des médicaments de Marseille, est désigné pour l'hôpital militaire de Marseille. — M. Manget, pharmacien-major de 1re classe à la pharmacie du 11e corps d'armée, est désigné pour l'usine alimentaire de Billancourt. — M. Durieu, pharmacien adjoint de 1re classe à l'hôpital militaire de Marseille, est désigné pour l'hôpital militaire de Belfort. — M. Pauleau, pharmacien-major de 1re classe à l'hôpital de Nancy, est désigné pour la pharmacie centrale des hôpitaux militaires. — M. Le Bourgeois, pharmacien-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Belfort, est désigné pour la pharmacie régionale du 11e corps d'armée. — M. Puaux, pharmacien-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Toul, est désigné pour l'hôpital militaire de Nancy. — M. Rouvet, pharmacien-major de 1re classe à l'hôpital militaire Saint-Martin, est désigné pour l'hôpital militaire de Toul. — M. Vallet, pharmacien-major de 2e classe aux hôpitaux militaires de la division d Alger, est désigné pour la réserve des médicaments de Marseille. — M. Berthon, pharmacien-major de 2e classe aux hôpitaux militaires de la division d'Oran (provisoirement), est désigné pour l'hôpital militaire Saint-Martin à Paris. — M. Heintz. pharmacien aide-major 2e classe à l'hôpital militaire Saint-Martin, est désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran. — M. Millant, pharmacien aide-major de 2e classe à l'hôpital militaire du camp de Châlons, est désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

Conférences sur la radiothérapie. — Le Dr Leredde commencera le dimanche 30 octobre 1904, à 10 h. 1/2 du matin, dans le nouveau local de l'Etablissement Dermatologique de Paris, 31 rue La Boëtie, une série de conférences sur les applications de la radiothérapie, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

1re conférence. 30 octobre : Actions élémentaires de la radiothérapie, actions antiphlogistique, sclérogène, destructive, analgésique, action sur les phanères et les glandes. — *2e conférence.* 6 novembre : Applications de la radiothérapie en général. — *3e conférence.* 13 novembre : La radiographie dans les dermatoses. — *4e conférence.* 20 novembre : La radiographie dans les dermatoses (*suite*). Traitement de l'épithélioma de la peau par la radiothérapie et les méthodes classiques.— *5e conférence.* 27 novembre : La radiothérapie dans les dermatoses (*fin*). Le traitement des lupus en 1904. Photothérapie et radiothérapie. — *6e conférence.* 4 décembre : La radiographie dans les affections viscérales. Cancer et radiothérapie. — *7e conférence.* 11 décembre : Questions techniques. — *8e conférence.* 18 décembre : Les progrès futurs de la radiothérapie.

Banquet Thiéry. — Un groupe d'élèves, d'anciens élèves et d'amis du Dr Thiéry, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, a l'intention de fêter par un banquet sa nomination dans la Légion d'honneur. Ce banquet aura lieu le mardi 15 novembre, à 7 h. 1/2 du soir au restaurant Marguery. Les adhésions sont reçues dès maintenant : 1° à l'hôpital Saint-Antoine, service de la consultation de chirurgie de 9 heures à midi ; 2° chez le Dr Podevin, 7, rue Duban, XVIe, téléphone 683,14. Le prix de la cotisation est fixé à 20 francs, et sera perçu à l'entrée.

Cours d'anatomie comparée (M. Edmond Perrier, professeur). — M. le Docteur H.-P. Gervais, assistant, dirigera les travaux de recherches anatomiques ainsi que les travaux pratiques (dissection de l'homme, des principaux types de vertébrés et d'invertébrés), qui, avec le concours du docteur R. Anthony, attaché à la chaire, se feront tous les jours au laboratoire. Le docteur H.-P. Gervais traitera dans un cours public, qui aura lieu dans l'amphithéâtre des Nouvelles Galeries, rue de Buffon, n° 2, des *caractères anatomiques de l homme et des singes.* Ce cours, qui commencera le lundi 6 février 1905 à deux heures et demie, se continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. Les leçons du mercredi seront consacrées à des démonstrations, qui se feront soit dans les Galeries, soit dans le laboratoire d'anatomie, rue de Buffon, n° 55. M. le docteur Auguste Pettit, attaché à la chaire, a commencé le 18 octobre 1904, des conférences pratiques d'histologie comparée et les continuera les mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, à deux heures. Le laboratoire d'anatomie comparée (recherches anatomiques et histologiques) est ouvert, tous les jours, de dix heures à cinq heures. S inscrire d'avance pour ces travaux et conférences, l'après-midi, au laboratoire d'anatomie comparée, rue de Buffon, n° 55, auprès du professeur.

L'ONGUENT DU « DOCTEUR » CASAN. — La 10e chambre correctionnelle, présidée par M. Fournel, a condamné, hier, à 200 francs d'amende, pour exercice illégal de la médecine, un octogénaire, M. Casan, qui prétendait guérir infailliblement le cancer. M. Casan, qui se disait docteur, faisait distribuer aux abords de l'hôpital Saint-Louis des prospectus où on lisait entre autres choses : ... Oui, nous le proclamons hautement, on craint la science à laquelle le docteur Casan a dérobé ses secrets, on craint de porter atteinte à la célébrité de cette multitude de médecins, grands et petits, de savants et d'écrivains (ne s'écartant pas de la routine) qui, en présence du triomphe du docteur Casan, sont obligés de s'avouer vaincus et de s'incliner devant lui. — Il a vainement soutenu qu'il ne soignait, à l'aide de son onguent, que les malades jugés incurables par les médecins, et cela gratuitement, par pur amour de l'humanité.

Chronique des hôpitaux.

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Questions posées* : Séance du 21 oct. *Pathologie* : S. et D. de la fièvre typhoïde. — Séance du 22. *Anatomie* : Artère poplitée et ses branches collatérales. Séance du 24. *Pathologie* : S. et D. de la fracture.

CONCOURS POUR LA NOMINATION A UNE PLACE DE PHARMACIEN DES HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS. — Un concours pour la nomination à une place de pharmacien des hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le lundi 5 décembre 1904, à dix heures du matin, dans l'Amphithéâtre de la pharmacie centrale des hôpitaux, quai de la Tournelle, 47. Les candidats devront se faire inscrire à l'administration (3, avenue Victoria), service du personnel, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 7 novembre jusqu'au samedi 19 du même même mois inclusivement.

A VENDRE. — Canapé-spéculum ; état neuf. *S'adresser* : *10, rue Lord-Byron, 1 à 2 h.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

CLARCK (Pierre) et PROUT (Thomas). — Status epilepticus : a clinical and pathological study in epilepsy. In 8° de 108 pages. American Journ. of Insanity.

DOCK (George). — The influence of complicating diseases upon leukaemia. In-8° de 30 pages. American Journ. of the Med. sciences.

DONATH (Julius). — Die Bedeutung des cholins in der Epilepsie. In 8° de 38 pages. Vogel à Leipzig.

DONATH (Julius). — Pupillersprüfung im Pupillenreaktionen. In-8° de 30 pages. *Monatsschrift für psychiatrie und Neurologie.*

NOBLE (Charles). — Observations upon gastric, intestinal, and liver surgery in the German clinics. In-8° de 16 pages.

NOBLE (Charles). — Report of a case of the invasion of a fibromyoma of the uterus by an adenocarcinoma. In 8° de 8 pages. *American Journ. of obstetrics and diseases.*

NOBLE (Charles). — Personal experience in operation upon diabetic patients. In-8° de 4 pages. American Medecine.

NOBLE (Charles). — The treatment of fibroid tumors of the uterus. In-8° de 8 pages. *Journal of the american Med. Association.*

NOBLE (Charles). — Some of the more unusual results of movable kidney. In-8° de 10 pages *New-York Méd. Journ.*

OESTREICH et DE LA CAMP. — Anatomie und physikalische untersuchungsmethoden. 1 vol. In-8° de 266 pages. Karger. Berlin.

RAIMANN (Emil). — Die hysterischen Gerstesstorungen. 1 vol. In-8° de 396 pages. Deutiche à Leipzig.

SICCARDI (Piero Diego). — Considerazioni su la fisiopatologia e su la teoria del tic. 1 vol. In-8° de 32 pages. Marchetti à Ancona.

TRAUTWEIN (Jos). — Ueber den Zusammenhang der secundären pulswellen mit dem Herztoss und den beiden Herztönen. In-8° de 34 pages. Hager à Bonn.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES, CLERMONT (OISE).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

33e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XIX. N° 45 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 5 NOVEMBRE 1904

Le Progrès Médical (Numéro des Étudiants)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

—

Une grande lacune de l'enseignement officiel de la médecine.

Nécessité d'un enseignement régulier de Déontologie et de Droit Médical pratique.

« Apprendre l'histologie à des officiers de santé, s'exclamait en haussant les épaules le vieux Directeur de l'Ecole de médecine où nous avons commencé nos études médicales, mais il vaudrait bien mieux leur donner des leçons d'équitation ». Le bonhomme n'était point un sot ; ancien interne de Dupuytren, il avait emprunté à son maître sa science clinique, son habileté opératoire, et aussi son sens pratique avec son originalité et sa brusquerie. Sa boutade avait sa raison d'être. Il trouvait que les programmes d'études médicales ne s'adaptaient pas assez aux exigences de la pratique, que les médecins de nos villes et de nos campagnes étaient destinés surtout à être des praticiens et qu'on cherchait le plus souvent à n'en faire que des demi-savants. En France, les Facultés de médecine créent des docteurs et ne font pas des médecins. C'est sur sa clientèle que le nouveau diplômé commence son apprentissage, et cela ne va pas sans quelque embarras pour lui et sans quelque danger pour ses clients.

Si le nouveau docteur est d'une famille médicale, il saura à peu près, par ouï-dire, ce qui l'attend et ce qu'il faut faire. Mais s'il n'a pas de parents médecins, si, comme c'est le cas le plus fréquent, il est fils de commerçants, d'industriels, de fonctionnaires ou de petits propriétaires ruraux, son embarras est grand. Il ignore les usages, les devoirs, les droits, la législation, qui régissent la profession médicale. Tout cela, la Faculté n'a pas jugé convenable de le lui enseigner et s'il a tant soit peu de logique, il en conclut que c'est chose méprisable. Est-il fils de commerçant, il applique à la pratique médicale les lois de la concurrence commerciale et, une fois installé, il commence par se faire valoir en médisant du concurrent, le confrère ; il offre ses soins au rabais, comme son père le négociant faisait une forte réduction sur sa marchandise aux clients de son concurrent voisin pour les attirer dans sa boutique. Le confrère se fâche : le jeune docteur en est surpris. N'est-ce pas tout naturel ? Lui a-t-on jamais dit que la lutte pour la vie affectait des formes différentes dans le négoce et les professions libérales ? Et ce jeune docteur ne commencera à se rendre compte de ses bévues, inconscientes le plus souvent, que le jour où un nouveau venu plus jeune, mais aussi mal renseigné, le rendra à son tour victime de son ignorance des mœurs et de la déontologie médicales. Ces jeunes gens, qui ne savent rien de la vie médicale pratique, sont les victimes vouées à l'exploitation de tous les écumeurs de notre profession, et comme ils ne connaissent pas plus leurs droits que leurs devoirs, ce n'est qu'après des maladresses sans nombre et de longues années de difficultés qu'ils parviennent à se rendre compte que l'exercice de la médecine n'exige pas seulement l'étude de la pathologie accompagnée de vagues connaissances en thérapeutique.

N'est-ce pas une très regrettable lacune de l'enseignement de nos facultés de médecine que l'absence absolue d'enseignement des obligations journalières des praticiens. Cette lacune a été maintes fois signalée ; au sein même de la Faculté, les professeurs de médecine légale, d'hygiène, en ont reconnu l'inconvénient puisqu'ils ont parfois tâché d'y remédier, mais les courtes incursions qu'ils faisaient dans le domaine de la pratique étaient insuffisantes ; ils sentaient qu'ils sortaient de leur programme, qu'il existait une différence entre le cours de médecine légale destiné à préparer l'étudiant à remplir avec compétence le rôle de médecin légiste et un cours de droit médical pratique, qui doit exposer les lois, décrets et réglements qui régissent l'exercice du praticien. Le professeur d'hygiène voulait bien développer les conséquences d'une loi sanitaire, mais se souciait peu de montrer les difficultés pratiques et terre à terre de son application.

Des maîtres ont essayé de combler cette lacune par de petits livres, des manuels. D'autres font sur ce sujet des conférences libres : c'est très bien, mais c'est insuffisant. L'étudiant considérera toujours comme négligeable ce qui n'entre pas dans le programme régulier des études universitaires. Pour qu'il donne quelque importance à l'acquisition de ce savoir-faire, tout aussi indispensable que le savoir, selon l'expression de Trousseau, il faut que cet enseignement soit donné officiellement et même devienne obligatoire.

Rien de plus facile que d'ébaucher le programme d'un cours qui pourrait s'appeler : « cours de déontologie et de droit médical pratique ». Ce cours devrait se composer de deux parties absolument distinctes : la morale professionnelle d'une part, l'étude de la législation médicale, de l'autre.

Est-il utile de rompre encore une lance en faveur de la Déontologie et de répondre à des objections mille fois exposées ? Il n'existe, répétera-t-on, qu'une honnêteté, qu'une morale ; l'honnête homme, qu'il soit médecin, commerçant, fonctionnaire, sera toujours un honnête homme. Nous n'en avons jamais douté et nous sommes persuadé que la conscience morale est individuelle et non professionnelle. Aussi dans la déontologie médicale l'honnêteté, à notre avis, ne doit nullement entrer en jeu ; c'est de délicatesse, de tact professionnel dont il s'agit et cela fait deux. La profession médicale a besoin plus que toute autre de cette politesse des sentiments, indispensable à l'accom-

plissement de tous les actes médicaux. Il est des gens foncièrement honnêtes qui, par ignorance des usages, par manque de délicatesse innée, restent de grossiers personnages. Après beaucoup de frottements, ils peuvent s'affiner et devenir polis, mais le plus souvent après quelles pénibles leçons et quelle mortifiante et coûteuse expérience. Il en est de même chez le médecin et il est du devoir de l'enseignement médical d'éviter aux jeunes praticiens, à leurs clients et à leurs confrères les heurts désagréables d'un apprentissage de ce genre.

Pour cela il suffirait d'exposer simplement les usages médicaux admis et les règles de déontologie universellement adoptées, bien que dépourvues de sanctions matérielles. Le respect général de ces règles, qui peuvent être fréquemment violées mais n'en sont pas moins acceptées de tout le corps médical, n'est-il pas la preuve la plus convaincante de leur utilité et de la nécessité de les faire connaître ?

Nous ne les énumérerons pas, elles ont été maintes fois écrites et ont été réunies tout récemment dans un *Avant-projet de Code de déontologie*, dont l'exposé est à notre avis un manuel modèle de morale professionnelle, mais que nous regrettons de voir suivi d'un long Code à articles précis, inutiles parce que sans sanction, dangereux parce qu'on ne peut enfermer même en une centaine d'articles tous les cas de conscience du médecin. En pareille matière si délicate, les conseils sont mieux suivis que les ordres et nous regrettons vivement que les auteurs de l'« Avant-Projet de code de Déontologie » n'aient pas modifié le titre de leur travail et ne l'aient pas borné à un exposé de bons conseils.

Nous n'insisterons pas plus longtemps sur la nécessité de l'enseignement de la déontologie, des usages médicaux et des conditions où s'effectue actuellement la pratique de la médecine. Ici même, en 1902, nous avons consacré un article intitulé : « *Les débuts dans la vie médicale* » à la description des embarras qu'un enseignement de ce genre épargnerait au jeune praticien. Nous développerons avec plus de détail le second chapitre du programme que nous désirerions voir enseigner, celui du *Droit médical pratique*.

Pour tout esprit indépendant, même étranger à notre profession, cette lacune de l'enseignement officiel paraîtra invraisemblable. Comment ! un médecin peut obtenir de l'Etat le droit d'exercer sans même savoir qu'il existe une *loi du* 30 *novembre* 1892 qui règle les conditions légales de l'exercice de la médecine et réprime l'illégalité de cet exercice ? Ceci est cependant exact, il est peu de médecins qui aient lu la loi sur l'exercice de la médecine. En voulez-vous une preuve irréfutable: Nous avons l'honneur d'être depuis de longues années secrétaire général d'une fédération importante de syndicats médicaux ; à ce titre, nous sommes fréquemment consulté au sujet de questions de législation médicale. Sur ce délicat sujet, hâtons-nous de le dire, nous ne sommes nullement une autorité, mais avec l'aide d'un conseil d'avocats distingués et très expérimentés, avec celui d'un conseil d'administration composé de praticiens de science et de bon sens, nous sommes en mesure de répondre à toutes les consultations. Eh bien ! il ne se passe pas de mois où nous ne recevons des lettres nous demandant si un médecin peu légalement couvrir de son diplôme l'exercice illégal d'un charlatan. Il suffirait cependant, pour être fixé, de se reporter au 3e paragraphe de l'article 16 (Titre V) de la loi qui dit :

ART. 16. Exerce illégalement la médecine :

. . . .

3° Toute personne qui, *munie d'un titre régulier*, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents *à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi*.

C'est absolument clair et, pour être fixé, il suffisait de consulter le texte même de la loi.

On aurait tort cependant de croire qu'une loi de ce genre peut se passer de commentaires. Si elle est précise sur certains points, elle a besoin de développements sur d'autres. Les magistrats eux-mêmes ne s'entendent pas toujours sur son application puisque, dans un procès fameux et récent, la Cour de cassation dut casser l'arrêt d'une Cour d'appel qui reconnaissait aux magnétiseurs le droit d'exercer la médecine en soignant les malades sans leur prescrire de médicaments.

L'éminent professeur de Médecine légale de la Faculté de Paris, M. Brouardel, a tellement bien compris la nécessité de commenter cette loi qu'il lui a consacré en 1898 plusieurs leçons de son cours. Mais l'enseignement de la médecine légale, qui consiste à préparer le médecin à devenir un auxiliaire utile de la justice est assez étendu et assez complexe pour qu'on ne le surcharge pas encore de l'étude du droit médical pratique, dont le but est tout différent.

Si les médecins ne connaissent pas, en général, la loi sur l'exercice de la médecine, connaissent-ils mieux la *loi du 21 germinal an XI*, qui régit l'exercice de la pharmacie et les autres lois et décrets qui la complètent (*Décret du 25 prairial an XIII sur les remèdes secrets, loi du 25 avril 1895 sur le débit gratuit ou onéreux des virus atténués, sérums thérapeutiques, toxines modifiées et produits analogues*, etc.) ? Cependant un grand nombre de médecins exercent la pharmacie à la campagne et, sans l'exercer, tout médecin est tenu de connaître la règlementation de cette profession en relations si intimes avec la sienne. Est-il besoin de rappeler les discussions récentes qu'a soulevées la loi sur les sérums de 1895, à propos de l'emploi récent par un chirurgien d'un sérum prétendu anti-cancéreux, pour montrer tout l'intérêt pratique de l'étude et de la connaissance de cette législation ? Est-ce là tout ? Mon Dieu, non. Il n'y aurait pas sans doute de cours plus chargé que celui de *Droit médical pratique*.

Les Codes civil, pénal et d'instruction criminelle créent aux praticiens des obligations qu'il est dangereux pour eux d'ignorer. Les *articles 55* et *56* du *Code civil* les rendent responsables de la déclaration des naissances. L'*article 81* du même Code indique le rôle du médecin dans la constatation des morts violentes et anormales. Et si l'*article 909* du Code civil enlève aux médecins le droit d'hériter de leurs clients, l'*article 2101* crée un privilège aux médecins pour les frais de dernière maladies, et l'*article 2272* du *Code civil*, modifié par l'*arti-*

ble 11 de la loi de 1892, fixe à deux ans la prescription de l'action des médecins pour la poursuite du règlement de leurs honoraires. Tout ceci est fort utile dans la vie médicale pratique, un jeune médecin doit-il l'ignorer ?

Le *Code pénal* n'oublie pas non plus les médecins. C'est l'*article 159* qui gratifie d'une peine spéciale les personnes qui falsifient un certificat médical ; c'est l'*article 160*, qui punit le médecin qui délivre un certificat non sincère ; c'est l'*article 317*, qui punit l'avortement et vise la complicité du médecin ; c'est enfin l'*article 378*, qui impose le respect du secret médical. Mentionnons encore l'*article 44* du *Code d'instruction criminelle*, qui indique le concours que le médecin doit prêter au magistrat instructeur ; les *articles 83* et *86* du même code, dont la connaissance mettra en garde le praticien contre le danger du certificat de maladie délivré trop légèrement au témoin qui veut éviter de déposer dans une affaire criminelle.

Cette énumération est longue, mais est loin d'être complète. Il est des règlements, des ordonnances que le médecin doit encore connaître : *ordonnance du 6 septembre 1839 sur les embaumements*; *décret du 27 avril 1889* sur le même sujet, circulaires préfectorales au sujet de la *déclaration des avortements et de l'enlèvement des embryons*, etc.)

Tout ceci touche directement au médecin, mais tout n'est pas dit sur les lacunes de l'enseignement officiel en droit médical. Il existe en France une organisation, celle de l'Assistance, dont le médecin est la clef de voûte, la cheville ouvrière ; presque tous nos confrères sont tenus, le lendemain de la soutenance de leur thèse, d'y coopérer et l'on néglige totalement de les renseigner à ce sujet.

La plupart des médecins et des chirurgiens des hôpitaux ignorent tant à Paris qu'en province les obligations qu'ils se créent en acceptant un service hospitalier. Ils ne connaissent pas plus les lois et règlements qui régissent leurs hôpitaux que les attributions des commissions administratives. Combien de conflits fâcheux et parfois ridicules seraient évités si, sur ce point, ils étaient plus instruits ? Il en est de même pour l'Assistance médicale gratuite qu'organisa la *loi du 15 juillet 1893* et dont l'application, bien que datant de 10 ans, n'est pas toujours facile. Nous en dirons autant de la *loi Roussel sur la protection des enfants en bas-âge du 29 décembre 1874*. Que le médecin soit chargé officiellement ou non d'un service, il est toujours bon gré, mal gré, durant toute sa carrière, un important agent d'assistance et il est tout aussi utile pour lui de connaître l'histoire et l'organisation de l'assistance publique à laquelle il participe dès le début de ses études que d'étudier la botanique, la physique, la chimie et autres sciences annexes, dont il aura peine à retenir les notions et qui lui seront certes moins nécessaires au cours de sa carrière.

La *loi sur les aliénés du 30 juin 1838*, dont médisent beaucoup de gens qui ne l'ont jamais lue, mériterait aussi d'être connue des praticiens. On objectera qu'il existe des cours de psychiâtrie où l'on peut enseigner à l'étudiant l'application et la critique de cette loi. Certainement ; mais celui qui ne se destine pas à la spécialité des maladies mentales suit peu les cours de psychiâtrie et, s'il fait un court stage dans le service d'un aliéniste, il cherchera surtout à s'initier rapidement à l'étude clinique des affections mentales les plus fréquentes. Il est d'ailleurs un fait au sujet duquel nous ne craignons aucun démenti, c'est que la plupart des médecins ne connaissent aucune des formalités, bien simples cependant, que nécessite l'internement d'un aliéné et que la plupart des certificats d'internement délivrés même par des médecins distingués offrent une pauvreté de détails dans leur rédaction et une hésitation manifeste dans leur conclusion qui pourraient, dans un cas douteux, mettre gravement en jeu la responsabilité de ceux qui les ont signés.

Le cours d'hygiène doit traiter des lois sanitaires de toutes sortes et plus particulièrement de la dernière *loi sur la protection de la santé publique du 15 février 1902*. Mais dans ce cours si vaste, la législation sanitaire ne peut guère être envisagée qu'au point de vue des nécessités qui l'ont fait naître et des résultats qu'elle peut donner. C'est à un cours de droit médical pratique que devrait revenir l'examen des moyens d'application de ces lois et de ces règlementations.

Enfin il existe encore toute une législation sur les accidents du travail, sur la mutualité, sur les assurances, qui intéressent le médecin et sur lesquels il gagnerait à être instruit avant même de commencer à exercer.

Voilà déjà un bien long programme et sans doute bien incomplet qui peut permettre d'apprécier toute l'étendue des lacunes de l'enseignement officiel au point de vue pratique. Le cours de déontologie et de droit médical pratique, on peut dès à présent en juger, demanderait un nombre respectable de leçons à celui qui en aurait la charge.

Si, par hasard, le professeur disposait, à la fin, de quelques heures supplémentaires, il pourrait encore les consacrer à l'exposé des obligations militaires des médecins civils ; ce serait un moyen de donner aux médecins de réserve et de territoriale une instruction spéciale qu'ils ne peuvent guère acquérir au cours de leurs périodes d'instruction.

Concluons : les Facultés et les Ecoles de médecine font des docteurs en médecine et non des médecins praticiens. Nous ne voudrions pas, hâtons-nous de le dire, voir sacrifier les études scientifiques aux connaissances de l'exercice pratique. Cependant comme 99 pour 100 des étudiants ne se destinent nullement à faire des savants mais bien de bons praticiens, il nous semble qu'il serait logique et utile, pour le médecin, pour les malades et pour la société, d'éviter au praticien les tâtonnements du début et l'on obtiendrait ce résultat en remédiant à la négligence que l'enseignement officiel met actuellement à instruire les élèves de tout ce qui est réellement pratique.

J. Noir.

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE SCOLAIRE 1904-1905.

Professeurs honoraires : MM. JACCOUD, FOURNIER FARABEUF et DUPLAY.

Les Cours du Semestre d'hiver auront lieu dans l'ordre suivant à partir du 1er novembre 1904.

I. COURS. — *Histologie* : M. MATHIAS-DUVAL (M. BRANCA, agrégé, chargé de cours) : La cellule. Les épithéliums. Les produits sexuels et la fécondation. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures. Petit Amphithéâtre de la Faculté. — *Médecine operatoire* : M. RECLUS. Chirurgie d'urgence et chirurgie journalière. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures. Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique. — *Physiologie* : M. Ch. RICHET. Nutrition, digestion, respiration, Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures. Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique. — *Anatomie* : M. POIRIER. Organes de la respiration. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures. Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique. — *Histoire naturelle médicale* : M. BLANCHARD. Les parasites et leur rôle en pathologie. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures. Petit Amphithéâtre de la Faculté. — *Médecine légale* : M. BROUARDEL. Blessures et accidents du travail. Lundi, vendredi, à 4 heures. Grand Amphithéâtre de la Faculté. — *Conférences de Médecine légale* : M. BROUARDEL. Conférence de médecine légale. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures. A la Morgue. — *Anatomie pathologique.* (Fondation Dupuytren) : M. CORNIL. Anatomie pathologique du systéme génito-urinaire de l'homme et de la femme. Tumeurs du sein. Lundi. vendredi, à 5 heures. petit amphithéâtre de la Faculté, et mercredi, à 2 heures. à l'Ecole pratique. *Pathologie chirurgicale* : M. LANNELONGUE. Pathologie générale chirurgicale. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures. Petit Amphithéâtre de la Faculté. — *Pharmacologie et matière médicale* : M. POUCHET. Etude des modificateurs de la nutrition. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures. Amphithéâtre de Pharmacologie. — *Pathologie médicale* : M. HUTINEL. Maladies des voies respiratoires. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures. Grand Amphithéâtre de la Faculté. — *Pathologie expérimentale et comparée* : M. ROGER. Les microbes pathogénes. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures. Grand Amphithéâtre de la Faculté. — *Therapeutique* : M. GILBERT. Les médicaments et l'art de formuler. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures. Petit Amphithéâtre de la Faculté. — *Histoire de la Médecine et de la chirurgie.* (Fondation Salmon de Champotran) : M. DÉJERINE. La physiologie. Son histoire et ses rapports avec la médecine jusqu'au XVIIIe siécle. Mardi, jeudi, samedi, à 6 heures. Petit Amphithéâtre de la Faculté.

II. CLINIQUES (Visite des malades tous les matins). — *Cliniques médicales* : MM. HAYEM, à l'hôpital Saint-Antoine, mardi et samedi, à 10 heures. DIEULAFOY, à l'Hôtel-Dieu, mercredi, samedi, à 10 h. 1/2. DEBOVE, à l'hôpital Beaujon, mardi. samedi à 10 heures. LANDOUZY, à l'hôpital Laënnec, mardi, vendredi, à 10 heures. — *Cliniques chirurgicales* : MM. LE DENTU, à l'Hôtel-Dieu, mardi et vendredi, à 9 h. 1/2. X..., à la Charité, lundi, vendredi, à 9 heures. TERRIER, à la Pitié, mardi et vendredi, à 9 h. 1/2. BERGER, à l'hôpital Necker, mardi et vendredi, à 9 h. 1/2. — *Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale* : M. JOFFROY, à l'Asile Sainte-Anne, mercredi et samedi, à 10 h. — *Clinique des maladies des enfants* : M. GRANCHER (M. MÉRY, agrégé, chargé de cours), à l'hôpital des Enfants-Malades, mardi et vendredi, à 10 h. — *Clinique des maladies cutanees et syphilitiques* : M. GAUCHER, à l'hôpital Saint-Louis, mercredi et dimanche, à 10 h. — *Clinique des maladies du système nerveux* : M. RAYMOND, à la Salpêtrière, mardi et vendredi, à 10 h. — *Clinique ophtalmologique* : M. DE LAPERSONNE, à l'Hôtel-Dieu, lundi et mercredi, à 9 h. 1/2, et vendredi, à 10 h. 1/4. — *Clinique des maladies des voies urinaires* : M. GUYON, à l'hôpital Necker, mercredi et samedi, à 9 h. — *Cliniques d'accouchements* : MM. PINARD, à la Clinique d'accouchements, Clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal, lundi et vendredi, à 10 h. M. BUDIN, à la Clinique d'accouchements, Clinique Tarnier, rue d'Assas, mardi et samedi, à 9 h. — *Clinique gynecologique* (fondation de la Ville de Paris) : M. POZZI, à l'hôpital Broca, lundi et vendredi, à 10 h. — *Clinique chirurgicale infantile* (fondation de la Ville de Paris) : M. KIRMISSON, à l'hôpital des Enfants-Malades, mardi et samedi, à 10 h.

III. — CONFÉRENCES. — *Physique biologique* : M. BROCA (André), agrégé. Mode de représentation graphique et enregistrement des phénoménes histologiques. Mécanique animale. Propriétés générales des corps et actions moléculaires. Applications de la chaleur à la physiologie et à la médecine. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures. Amphithéâtre de physique et de Chimie. — *Chimie biologique* : M. MAILLARD, agrégé. Les principes constitutifs de l'organisme. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures Amphithéâtre de physique et de chimie. — *Anatomie* (Cours du chef des travaux) : M. RIEFFEL, agrégé, chef des travaux anatomiques. Les membres. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures. Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique. — *Pathologie interne* : M. CARNOT, agrégé. Intoxications. Lundi, mercredi, vendredi, à 6 heures. Petit Amphithéâtre de la Faculté. — *Pathologie externe* : M. MORESTIN, agrégé. Maladies chirurgicales de la tête et du cou, y compris les maladies de l'orbite et des yeux, des oreilles et de la gorge. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures. Grand Amphithéâtre de la Faculté. — *Hygiène* : M. MACAIGNE, agrégé. Cours complet d'hygiéne. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures. Grand Amphithéâtre de la Faculté. — *Obstétrique* : M. BRINDEAU, agrégé Grossesse et accouchement physiologiques. — Pathologie de la grossesse. Mardi, jeudi, samedi, à 6 heures. Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique.

IV. TRAVAUX PRATIQUES. — *Dissection* : M. RIEFFEL, agrégé, chef des Travaux anatomiques. Dissection. — Démonstration par les prosecteurs et les aides d'Anatomie. Tous les jours, de 1 à 3 heures, à l'Ecole pratique. — *Anatomie pathologique* : M. BRAULT, chef des Travaux. Exercices pratiques d'anatomie pathologique. — Conférences et démonstrations. Tous les jours de 1 h. à 3 h. à l'Ecole pratique. — *Parasitologie* : M. GUIART, agrégé, chef des Travaux. Parasitologie. — Conférences et démonstrations. Lundi, mercredi, vendredi, de 1 à 3 h. à l'Ecole pratique.

V. DIVISION DES ÉTUDES (semestre d'hiver). — *Première année* : Anatomie, histologie, physiologie, chimie biologique, physique biologique, pathologie générale élémentaire (propédeutique). — Travaux pratiques obligatoires : dissection.

Deuxième année : Anatomie, histologie, physiologie, pathologie externe, pathologie interne. cliniques médicale et chirurgicale. — Travaux pratiques obligatoires : stage hospitalier, dissection.

Troisième année : Pathologie externe, pathologie interne, pathologie expérimentale et comparée, accouchements, anatomie pathologique, histoire naturelle médicale (Parasitologie), cliniques médicale et chirurgicale. — Travaux pratiques obligatoires : stage hospitalier, anatomie pathologique, parasitologie (Parasites animaux et végétaux).

Quatrième année : Thérapeutique, hygiéne, médecine légale, pharmacologie, matière médicale, cliniques médicale et chirurgicale, cliniques spéciales, clinique obstétricale, chimie et physique appliquées à l'hygiéne et à la thérapeutique, histoire de la médecine et de la chirurgie. — Travaux pratiques obligatoires : stage hospitalier spécial, stage obstétrical. — Travaux pratiques facultatifs : matiére médicale botanique, matière médicale chimique, matiére médicale pharmaceutique, bactériologie, etc., etc.

Cinquième année. — Travaux pratiques facultatifs : matière médicale botanique, matière médicale chimique, matière médicale pharmaceutique, bactériologie, etc., etc.

Le *Musée Dupuytren* est ouvert aux éléves tous les jours, de 11 heures à 4 heures.

La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, de 11 heures du matin à 6 heures de l'aprés-midi et tous les soirs, de 7 h. 1/2 à 10 h. 1/2.

MM. les Etudiants sont informés qu'ils sont tenus de présenter leur carte d'immatriculation pour être admis à la Bibliothèque. A partir du 16 novembre, l'entrée de la bibliothèque sera refusée à tout étudiant qui ne présentera pas sa carte d'immatriculation. Nul ne peut prendre part aux travaux de la Faculté (cours, cliniques, bibliothèque, travaux pratiques réglementaires ou facultatifs, travaux de laboratoire) sans être porté sur le registre d'immatriculation. (Décret du 21 juillet 1897.) Voir plus loin : immatriculation, inscriptions, etc.

Exercices de dissection. — Classement dans les pavillons de dissection. (Ecole pratique de la Faculté et amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.) — I. *Etudiants de 2e année de dissection.* — Les étudiants de 2e année de dissection sont appelés et classés dans les pavillons de la Faculté et de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, d'aprés la note obtenue pendant la première année de dissection. — Seront inscrits et convoqués d'office, pour le choix des pavillons, les étudiants qui auront pris la 4e inscription en juillet 1904, à la Faculté de Médecine de Paris. Sont invités à demander, par écrit, leur inscription, avant le 15 octobre 1904, les étudiants qui seraient en cours irrégulier d'études, et qui n'auraient pas disséqué pendant deux semestres, — ou qui auraient pris la 4e inscription dans une Faculté ou Ecole des départements. — (Le dossier des élèves venant de province devra être parvenu à Paris avant le 15 octobre). Le classement a eu lieu au petit amphithéâtre de la Faculté à 9 heures du matin, le 28 octobre 1904. Une lettre de convocation individuelle sera adressée à chaque étudiant, du 15 au 20 octobre. (Faire connaitre les changements d'adresse, s'il y a lieu.) — II. *Etudiants de 1re annee de dissection.* — Ces étudiants seront classés et convoqués d'aprés l'ordre de leur

inscription à la Faculté. Les étudiants, appelés sous les drapeaux en 1904-1905, sont priés d'en informer le doyen, aussitôt que possible.

Personnel des Travaux Pratiques.

CHIMIE. — *Chef des travaux* : M. HANRIOT, agrégé. — *Préparateur* : M. Hébert. — *Préparateurs adjoints* : MM. Moog, Aronssohn, Guillemard, Pansiot.

PHYSIQUE. — *Chef des travaux* : M. WEISS, agrégé. — *Préparateurs* : MM. Sandoz et Carvallo.

PARASITOLOGIE. — *Chef des travaux* : M. GUIART. — *Préparateurs* : MM. E. Brumpt et Langeron. — *Dessinatrice* : Mlle Charlot.

HISTOLOGIE. — *Chef des travaux* : M. RETTERER, agrégé. — *Préparateurs* : MM. Benoît, Vincent, Morin, Mulon, Vigier, Geoffroy Saint-Hilaire, Viollet. — *Aides-préparateurs* : MM. Jaworowski, Kahn, Le Serrec de Kervilly, Vérani, Picard, Tilloy.

ANATOMIE. — *Chef des travaux* : M. RIEFFEL. — *Prosecteurs* : MM. Labey, Schwartz, Alglave, Lecéne, Grégoire, Baumgartner. — *Prosecteurs provisoires* : MM. Hallopeau et Piquand. — *Aides d'anatomie titulaires* : MM. Chevassus, Bouchet, Gernez, Mercadé, Dupuis, Gasne, Le Sourd, Capette, Martin, Desmarest, Ockinczyc, Cauchoix. — *Aides d'anatomie provisoires* : MM. Bréchot, Heitz, Descomps.

PHYSIOLOGIE. — *Chef des travaux* : M. GLEY. — *Laboratoire de* M. le Pr Charles RICHET : M. Langlois, chef de laboratoire ; M. Perret, chef adjoint. — *Travaux pratiques* : M. Camus, chef adjoint ; M. Camus (Jean), préparateur.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Chef des travaux* : M. BRAULT. — *Laboratoire* de M. le professeur CORNIL : MM. Griffon et Lefas, préparateurs. — *Travaux pratiques*: *Préparateur*, M. Critzman; *Moniteurs* : MM. Potier, Got, Decloux et Ribadeau-Dumas.

Stage hospitalier.

Dispositions spéciales à la Faculté de Médecine de Paris. — Extrait du décret relatif au stage hospitalier et aux cliniques annexes de la Faculté de Médecine de Paris (20 novembre 1893).

Article premier. — Tous les étudiants en médecine feront un stage dans les hôpitaux de Paris, dont la durée ne sera pas inférieure à trois années. Les étudiants accompliront ce stage pendant leurs deuxième, troisième et quatrième années d'études. Pendant les deux premières années de stage, les élèves seront attachés aux services généraux de médecine et de chirurgie. Pendant la troisième année, les élèves seront nécessairement attachés pendant un trimestre, aux services d'accouchement. Ils devront, en outre, accomplir une partie du stage de cette troisième année dans l'un des services spéciaux affectés aux maladies de la peau et à la syphilis, aux maladies mentales, aux maladies des enfants, aux maladies des yeux, aux maladies des voies urinaires.

Art. 2. — Les élèves stagiaires seront répartis par groupes de vingt dans les services affectés à l'enseignement.

Art. 3. — Chacun des groupes de stagiaires sera composé d'élèves appartenant à une même année de stage.

Art. 4. — Pendant toute la durée de cet enseignement, l'élève devra être exercé individuellement à la recherche des signes, des symptômes des maladies. Il devra prendre part personnellement à l'examen des malades.

Art. 5. — Les services affectés à l'enseignement pendant les deux premières années de stage sont : 1° les services de clinique générale de la Faculté de Médecine ; 2° des services pris parmi ceux qui sont dirigés par des médecins et chirurgiens attachés aux hôpitaux généraux.

Les services affectés à l'enseignement pendant la troisième année sont : 1° les chaires d'accouchement et de clinique spéciale de la Faculté de Médecine ; 2° des services pris parmi ceux qui sont consacrés aux accouchements et aux spécialités, dans les divers établissements hospitaliers. M. le directeur de l'Assistance publique désignera, dans les différents hôpitaux, le nombre des services dirigés par des médecins, chirurgiens et accoucheurs, qui dans chaque hôpital, sera affecté à cet enseignement.

Art. 6. — Les médecins, chirurgiens et accoucheurs qui désireront être chargés de l'enseignement des stagiaires adresseront leur demande, avant le 15 juin, à M. le Directeur de l'Assistance publique. Celui-ci convoquera une commission composée : pour la Faculté de médecine, de quatre membres, le doyen et trois professeurs délégués par la Faculté ; pour l'Assistance publique, de quatre membres, le directeur et trois membres du Conseil de surveillance, dont le représentant des médecins des hôpitaux et le représentant des chirurgiens. Le directeur présidera la Commission ; en cas de partage, la voix du président sera prépondérante. Le directeur soumettra à la Commission le projet de répartition des services dans les différents hôpitaux, la liste des demandes adressées par les médecins, chirurgiens et accoucheurs. Le doyen de la Faculté indiquera le nombre des élèves soumis au stage. La Commission dressera une liste de présentation comprenant pour chaque place deux noms, si cela est possible. Cette liste sera adressée à M. le Ministre de l'instruction publique, qui nommera les médecins, chirurgiens et accoucheurs chargés de ces cours.

Art. 7. — L'enseignement durera du 1er décembre au 15 juin. Les titulaires des cours seront nommés pour trois ans. Les élèves seront répartis de façon qu'ils passent trois mois dans un service de médecine et trois mois dans un service de chirurgie. Le professeur donnera, à la fin du cours, des notes sur le travail de chaque élève. Ces notes seront transmises, par les soins du Directeur de l'Assistance publique, au Doyen de la Faculté pour être jointes au dossier de l'élève.

Art. 8. — Il recevra de l'Etat une indemnité annuelle de 3.000 fr. Aucuns frais ne résulteront pour l'Assistance publique de cet enseignement.

Art. 9. — La répartition des élèves dans les cliniques de la Faculté et dans les services désignés par la Commission sera établie à la Faculté par son doyen. Au moment où leur nom sera appelé les élèves de troisième année de stage désigneront le service, d'accouchement dans lequel ils désirent faire leur stage, ainsi que l'époque de ce stage, puis le ou les services spéciaux qu'ils veulent suivre, et, pour le reste du temps, le ou les services généraux auxquels ils désirent être attachés. Les stagiaires de deuxième année seront, de préférence, répartis dans les hôpitaux du centre ; les stagiaires de première année dans les hôpitaux excentriques. La liste de répartition sera transmise à M. le Directeur de l'Assistance publique, qui délivrera les cartes d'entrée dans les hôpitaux aux élèves.

Art. 10. — Les élèves internes et externes des hôpitaux, qui, pendant la durée de leur service hospitalier, n'auraient pas été attachés à un service d'accouchement, devront faire un stage dans un de ces services, ou, s'ils le préfèrent, ils seront admis à accomplir un stage de deux mois à la clinique Baudelocque, de 10 heures du soir à 8 heures du matin.

Art. 11. — La Commission établira dans quelles conditions les spécialités pourraient être enseignées dans l'après-midi, de façon à faciliter cette période de stage et les études de la cinquième année de médecine, en combinant les heures de façon à ne pas entraver les exercices pratiques exigés par la Faculté pendant la même période scolaire.

Art. 12. — Si l'Assistance publique autorise la création de cours libres payés directement par les élèves, les chefs de service qui pourraient être appelés à siéger dans les jurys d'examens de la Faculté ne recevront pas cette autorisation.

Art. 13. — La discipline, dans l'intérieur de l'hôpital, appartient au Directeur de l'établissement.

Art. 14. — Le Ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes, et le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur, sont chargés de l'exécution du présent décret.

Stage hospitalier.

I. — *Inscription des stagiaires.* — Seront inscrits d'office sur la liste des stagiaires, MM. les étudiants dont la scolarité sera soumise au stage au cours de l'année scolaire 1904-1905, et qui auront pris l'inscription de juillet 1904, à la Faculté de Médecine de Paris : (4e, 8e ou 12e). Sont invités à demander, par écrit, leur inscription sur la liste des stagiaires, et avant le 15 octobre 1904, MM. les étudiants soumis au stage, qui n'auraient pas pris d'inscription en juillet 1904 (comme il est indiqué ci-dessus), ou qui auraient pris cette inscription dans une Faculté ou une Ecole des départements (le dossier des élèves venant de province devra être transféré à Paris avant le 15 octobre : ces élèves sont invités, en conséquence, à demander le transfert de leur dossier au plus tard le 1er octobre.)

II. — *Classement des stagiaires.* — Les stagiaires inscrits conformément au paragraphe 1, sont répartis par année et d'après la note obtenue au dernier examen, ou la moyenne des notes obtenues, si cet examen est composé de deux parties, ou s'il y a eu échec ; — pour une même note, dans l'ordre de la prise des inscriptions. Les élèves en cours irrégulier d'études seront classés les derniers. C'est dans le même ordre que les stagiaires sont appelés à choisir les services dans lesquels ils désirent faire le stage. Les stagiaires de première année seront appelés à choisir les services d'après la note obtenue aux travaux pratiques de l'année précédente. Aucune exception à cette règle n'est admise. Une lettre de convocation individuelle est adressée aux stagiaires. Les titulaires d'enseignement doivent s'abstenir de réclamer des stagiaires, la répartition de ceux-ci devant se faire en dehors de toute espèce d'intervention du chargé de l'enseignement. Le choix des services eu lieu les 29 et 31 octobre 1904, de 9 heures à 11 heures du matin, dans le petit Amphithéâtre de la Faculté. Les listes des stagiaires seront arrêtées le 15 novembre pour être immédiatement transmises au Directeur de l'Assistance publique. Ceux qui n'y seront pas inscrits ne pourront pas prendre d'inscriptions.

L'enseignement devant durer du 1er décembre au 15 juin, le stage commence irrévocablement le 1er décembre pour se continuer, sans interruption, jusqu'au 15 juin.

III. — *Stage d'accouchement et stage spécial.* — Pendant la troisième année de stage, les élèves sont attachés pendant un trimestre aux services d'accouchement. Ils doivent, en outre, accomplir une partie du stage de cette troisième année dans l'un des services spéciaux affectés aux maladies de la peau et de la syphilis, aux maladies mentales, aux maladies nerveuses, aux maladies des enfants, aux maladies des yeux, aux maladies des voies urinaires (art. 1er, § 4, du décret du 20 novembre 1893). Ces dispositions ne sont pas appliquées à MM. les internes et externes des hôpitaux que l'Administration de l'Assistance publique n'aurait point attachés à l'un de ses services spéciaux. Toutefois, en consignant pour la première partie du cinquième examen, MM. les internes et externes des hôpitaux doivent justifier d'un stage de deux mois au moins dans un service d'accouchement. Le certificat à produire devra être revêtu de la signature du chef de service d'accouchement et du directeur de l'hôpital, ainsi que du visa de M. le secrétaire général de l'Assistance publique.

IV. — *Justification du stage.* — Les notes concernant l'assiduité et le travail de MM. les stagiaires régulièrement classés, au début de l'année scolaire, dans les services affectés à l'enseignement clinique, sont transmises à la Faculté par les soins de l'Administration générale de l'Assistance publique. L'inscription de janvier est délivrée au stagiaire régulièrement inscrit et classé ; — l'inscription d'avril n'est délivrée que si les notes du professeur sont satisfaisantes, pour le trimestre de décembre à février inclus. — l'inscription de juillet n'est délivrée que si les notes du professeur sont satisfaisantes, pour le trimestre de mars à mi-juin. MM. les étudiants internes et externes titulaires des hôpitaux sont tenus de fournir eux-mêmes les certificats du service hospitalier. Pour la prise des inscriptions trimestrielles, MM. les internes et externes titulaires des hôpitaux doivent joindre à leur feuille d'inscriptions, qu'ils déposent deux jours à l'avance, chez le concierge de la Faculté, un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'internes et d'externes pendant le trimestre précédent. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées à MM. les internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir. MM. les étudiants délégués par l'Administration de l'Assistance publique pour suppléer des externes absents fournissent à la Faculté : au moment de leur entrée en fonctions, un certificat de M. le secrétaire général de l'Administration de l'Assistance publique attestant leur délégation dans les fonctions d'externes ; trimestriellement, pour les inscriptions à prendre, un certificat de leur chef de service, dans les mêmes conditions que MM. les internes et externes titulaires des hôpitaux.

Inscriptions. Formalités à remplir.

Inscription des élèves nouveaux.

L'inscription des élèves nouveaux aura lieu tous les jours, de midi à trois heures, au secrétariat de la Faculté, du 1er octobre au 15 novembre 1904. La première inscription sera délivrée sur la production des pièces suivantes : 1° Acte de naissance ; 2° Consentement du père ou tuteur. (Ce consentement doit indiquer le domicile du père ou du tuteur : la signature doit être légalisée. — La production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur.) 3° Diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie). 4° Certificat d'études physiques, chimiques et naturelles. 5° Certificat de revaccination faite sous le contrôle de la Faculté. Toutes ces pièces sont indispensables pour l'établissement du dossier scolaire.

Revaccination (Extrait de l'arrêté du 5 janvier 1891).

Le Ministre de l'Instruction publique, etc. Arrête : Art. 1er. — Les aspirants au grade de docteur en Médecine ne seront admis à s'inscrire dans les Facultés que sur la production d'un certificat constatant qu'ils ont été soumis à une revaccination faite sous le contrôle de la Faculté. Les Facultés détermineront les conditions de ce contrôle. (Rappelons que c'est le *Progrès médical* qui a réclamé longtemps la REVACCINATION qui enfin est exigée).

Le Conseil de la Faculté de Médecine de Paris a décidé que la revaccination aura lieu : 1° à l'Académie de Médecine, 16, rue Bonaparte ; 2° à l'Institut de vaccine animale, 8, rue Ballu. Pour se présenter dans ces établissements, des bulletins individuels de revaccination obligatoire seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), tous les jours, de midi à trois heures.

Régime scolaire et disciplinaire des Universités.

(Décret du 21 juillet 1897.)

TITRE 1er. — DE L'IMMATRICULATION ET DES INSCRIPTIONS.

Article 1er. — Il est tenu dans les Facultés et les Ecoles de chaque Université, ainsi que dans les Ecoles d'enseignement supérieur extérieures aux sièges des Universités, un registre d'immatriculation.

Art. 2. — Sur ce registre sont portés, sous des numéros distincts, les nom et prénoms de chaque étudiant, la date et le lieu de sa naissance, son domicile personnel et celui de ses parents ou tuteur, et l'ordre d'études qu'il poursuit.

Art. 3. — Nul, sauf les exceptions prévues aux articles 25 et 26 du présent décret, n'est admis aux travaux d'une Faculté ou école, s'il n'est porté comme étudiant sur le registre d'immatriculation de la Faculté ou école.

Art. 4. — Sont portés d'office sur le registre d'immatriculation, les étudiants inscrits en vue d'un grade déterminé, en exécution de l'article 8 du présent décret. Les autres sont immatriculés sur la production : 1° de leur acte de naissance ; 2° de l'autorisation de leur père ou tuteur, s'ils sont mineurs ; 3° de leurs diplômes ou certificats ; 4° d'une note indiquant leurs études antérieures et l'ordre d'études qu'ils poursuivent.

Art. 5. — L'immatriculation ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée annuellement.

Art. 6. — Une carte est délivrée gratuitement à tout étudiant immatriculé. Elle ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée chaque année contre remise de la carte de l'année précédente. En cas de perte, il peut en être délivré un duplicata.

Art. 7. — Les cartes d'étudiant sont rigoureusement personnelles. Elles ne doivent pas être prêtées.

Art. 8. — Tout étudiant qui poursuit l'obtention d'un des grades institués par l'État est astreint aux inscriptions trimestrielles prévues aux règlements spéciaux de ce grade.

Art. 9. — Un règlement arrêté, sous réserve de l'approbation du Ministre, par le conseil de l'Université, ou, pour les écoles extérieures aux sièges des Universités, par le conseil de ces écoles, fixe le délai pendant lequel le registre d'inscriptions demeure ouvert à chaque trimestre. En cas de clôture du registre, un délai de huit jours à dater de lour réception, de leur mise en congé ou de leur libération, est accordé : 1° aux bacheliers de l'enseignement secondaire reçus à la session de novembre ; 2° aux étudiants en cours d'études reçus à la même session ; 3° aux étudiants mis en congé ou libérés en exécution de la loi sur le recrutement de l'armée.

Art. 10. — Le registre des inscriptions est tenu sans blancs ni lacunes. Il est clos aux dates réglementaires par le doyen ou directeur et visé ensuite par le recteur ou son délégué.

Art. 11. — L'immatriculation et les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut se faire immatriculer ou inscrire par un tiers.

Art. 12. — En se faisant immatriculer ou inscrire, l'étudiant est tenu de déclarer sa résidence personnelle, ainsi que celle de ses parents ou tuteur. Il est également tenu de déclarer tout changement de l'une ou l'autre de ces résidences.

Art. 13. — L'étudiant immatriculé ou inscrit dans une Faculté ou école peut se faire immatriculer ou inscrire dans une autre Faculté ou Ecole de la même Université, sur le vu d'un certificat constatant son immatriculation ou son inscription antérieure et sans avoir à produire celles des pièces réglementaires qu'il a déjà déposées.

Art. 14. — La première inscription en vue d'un grade ou d'un titre doit être prise au début de l'année scolaire. Les pièces à déposer par l'aspirant sont : 1° son acte de naissance ; 2° l'autorisation de son père ou tuteur, s'il est mineur ; 3° les diplômes, certificats ou pièces requis par le règlement spécial du grade auquel il aspire. La première inscription ne peut être prise après le 1er décembre, sauf dans les cas prévus à l'article 9.

Art. 15. — Les inscriptions consécutives à la première sont prises à chaque trimestre dans les délais réglementaires. Pour être admis à les prendre, l'étudiant doit justifier de son assiduité aux cours et exercices obligatoires. En cas de maladie dûment constatée ou d'empêchement légitime, le doyen ou directeur peut accorder l'autorisation de prendre, soit une inscription après clôture du registre, soit cumulativement avec l'inscription d'un trimestre, l'inscription du trimestre précédent. Toute autorisation d'inscriptions rétroactives portant sur plus d'un trimestre est réservée à la décision du Ministre.

Art. 16. — L'inscription d'un trimestre peut être refusée pour manque d'assiduité, par décision du conseil de la Faculté ou école, ou de la commission scolaire nommée par lui. La décision est définitive. L'inscription refusée peut être autorisée rétroactivement, dans les mêmes formes, au trimestre suivant. L'étudiant auquel une inscription a été refusée ne peut, pendant le trimestre correspondant, obtenir le transfert de son dossier dans un autre établissement.

Art. 17. — Il est interdit de prendre simultanément des inscriptions en vue du même grade, soit dans deux établissements publics, soit dans un établissement public et dans un établissement libre. Il est interdit de se faire inscrire en vue du même examen, pen-

dant la même session, dans deux établissements différents. Il est interdit aux candidats ajournés de se présenter de nouveau au même examen pendant la même session. Les examens subis en violation de ces dispositions sont nuls, de plein droit, sans préjudice des poursuites disciplinaires.

Art. 18. — Le réglement prévu à l'article 9 détermine le temps que les étudiants inscrits peuvent valablement passer dans une Université étrangère, ainsi que les justifications à produire à leur retour. Sur le vu de ces justifications, le temps passé par eux à l'étranger entre en compte dans leur scolarité réglementaire, et ils sont dispensés des droits d'études, d'inscriptions, de travaux pratiques et de bibliothèque correspondant à cette partie de leur scolarité.

Art. 19. — Sauf motifs jugés valables par la Faculté ou Ecole, les inscriptions correspondant à un examen sont périmées de plein droit si, dans les deux ans qui suivent la dernière, l'étudiant n'a subi aucune épreuve. Ce délai est de trois ans pour les licences ès sciences et ès lettres. Elles sont également périmées si l'étudiant s'est présenté sans succès à l'examen, mais n'a pas renouvelé l'épreuve avant l'expiration des délais ci-dessus indiqués. Dans le cas où l'épreuve a été renouvelée sans succès avant l'expiration de ces délais, les inscriptions restent valables pour l'année scolaire qui suit celle au cours de laquelle a eu lieu le dernier ajournement. Dans tous les cas, le bénéfice des examens subis avec succès demeure acquis. Le temps passé sous les drapeaux s'ajoute au délai entraînant la péremption. Ce délai n'est pas opposable aux internes en médecine et en pharmacie qui n'ont pas subi tous leurs examens.

Art. 20. — Il est constitué, dans chaque Faculté ou Ecole, un dossier pour chaque étudiant. Ce dossier contient : 1° les pièces déposées en vue de l'immatriculation ou de l'inscription ; 2° un relevé, avec dates à l'appui, de la scolarité de l'étudiant, inscriptions, examens, notes d'examens, ajournements, durée du stage, travaux pratiques, etc. ; 3° s'il y a lieu, la mention des peines disciplinaires encourues, avec les motifs des décisions.

Art. 21. — Tout étudiant peut, sous les conditions spécifiées aux réglements particuliers du grade dont il poursuit l'obtention, demander le transfert de son dossier dans une autre Faculté ou Ecole de même ordre, en conservant le bénéfice des inscriptions qu'il a prises et des examens qu'il a subis. Le dossier est transmis par les soins du recteur. Il doit comprendre, outre les pièces mentionnées à l'article 18, un certificat de bonne conduite délivré par le doyen ou directeur. Avant de délivrer ce certificat, le doyen ou directeur peut exiger la production du casier judiciaire de l'étudiant. En cas de refus du doyen ou du directeur, l'étudiant peut recourir au recteur, qui statue définitivement.

Art. 22. — L'étudiant ajourné à un examen ne peut changer de Faculté ou Ecole sans une autorisation spéciale du doyen ou directeur. Cette autorisation ne peut être accordée que pour motif grave. Mention du motif est faite au dossier de l'étudiant. Ces dispositions ne sont pas applicables aux candidats aux licences ès sciences et ès lettres.

Art. 23. — Les régles relatives à l'immatriculation et aux inscriptions sont applicables aux étudiants de nationalité étrangères Ils peuvent être immatriculés sur la production des diplômes ou titres obtenus par eux à l'étranger. Ils ne peuvent être admis à s'inscrire en vue des grades institués par l'Etat qu'en produisant les diplômes ou certificats exigés des étudiants français, ou une décision ministérielle leur accordant soit l'équivalence de leurs titres avec les diplômes ou certificats français, soit la dispense de ces diplômes ou certificats.

Art. 24. — Le doyen ou directeur adresse, au moins une fois chaque année, un bulletin scolaire au père ou au tuteur de chaque étudiant.

Art. 25.— Ne sont pas astreints à l'immatriculation, les savants, professeurs ou docteurs, français ou étrangers, admis par le doyen ou directeur, sur la proposition des professeurs, dans les conférences ou dans les laboratoires des Universités.

Titre II. — Des auditeurs.

Art. 26. — Les cours qu'une décision du conseil de la Faculté ou Ecole n'a pas réservés aux seuls étudiants sont ouverts aux personnes qui désirent les suivre. Toutefois, quand le bon ordre l'exige, cette liberté peut être suspendue pour les personnes non munies de cartes d'auditeur. La suspension est prononcée par le doyen ou directeur. La durée en est fixée par le conseil de la Faculté ou Ecole.

Art. 27. — Les personnes qui désirent obtenir des cartes d'auditeurs sont tenues de faire connaître par écrit, au secrétariat de la Faculté ou Ecole, leur nom, prénoms, profession et domicile, avec indication des cours qu'elles se proposent de suivre. Le doyen ou directeur peut les inviter à justifier de leur identité. Les cartes d'auditeur sont délivrées gratuitement. Elles ne sont valables que pour l'année scolaire et pour les cours qu'elles désignent.

Art. 28. — Par mesure d'ordre, le doyen ou directeur peu toujours refuser une carte d'auditeur ou annuler une carte délivrée.

Art. 29. — Les cartes d'auditeur sont rigoureusement personnelles. Elles sont distinctes des cartes d'étudiant. Ne peuvent tenir lieu de cartes d'auditeur dans une Faculté ou Ecole, les cartes d'étudiant d'une autre Faculté ou Ecole.

Art. 30. — Toute personne présente dans l'intérieur ou dans les dépendances de la Faculté ou Ecole peut être requise soit de justifier son identité, soit de présenter sa carte d'étudiant ou d'auditeur. En cas de refus, il peut lui être interdit de séjourner dans la Faculté ou Ecole.

Art. 31. — Par mesure d'ordre, le doyen ou directeur peut ordonner la production des cartes à l'entrée de l'établissement ou de la salle de cours.

Titre III. — De la discipline.

Art. 32. — L'action disciplinaire exercée contre les étudiants est indépendante de l'action des tribunaux.

Art. 33. — Relèvent de la juridiction du conseil de l'Université : 1° les étudiants immatriculés ou inscrits sur le registre d'une Faculté ou Ecole d'enseignement supérieur de l'Etat, tant que leur immatriculation est valable ou que les inscriptions ne sont pas périmées ; 2° les candidats aux grades et titres de l'enseignement supérieur, ainsi que les candidats aux baccalauréats de l'enseignement secondaire, pour toute faute commise au cours ou à l'occasion d'un examen.

Art. 34. — Les peines de discipline sont : 1° la réprimande ; 2° l'interdiction de prendre des inscriptions et de subir des examens dans la Faculté ou Ecole pendant un an au plus ; 3° l'exclusion de la Faculté ou Ecole pendant un an au plus ; 4° l'exclusion de l'Université pendant deux ans au plus ; 5° l'exclusion à toujours de l'Université, et en outre, s'il y a lieu, l'exclusion temporaire de toutes les Facultés ou Ecoles, prévue au paragraphe 7 du présent article ; 6° l'interdiction de subir un ou plusieurs examens déterminés devant aucune Faculté ou Ecole pendant deux ans au plus ; 7° l'exclusion de toutes les Facultés et écoles d'enseignement supérieur, publiques et libres, pendant deux ans au plus ; 8° l'exclusion à toujours de toutes les Facultés et écoles d'enseignement supérieur, publiques et libres. L'exclusion entraine l'incapacité de se faire immatriculer, de prendre des inscriptions et de subir des examens. Lorsque l'exclusion temporaire ou l'exclusion perpétuelle, prévues aux paragraphes 4 et 5 du présent article, sont prononcées contre un étudiant d'une école extérieure au siége d'une Université, elles sont limitées à cette école.

Art. 35.—Le doyen ou directeur a droit d'avertissement et d'admonestation à l'égard de tous les étudiants de la Faculté ou Ecole.

Art. 36. — Le doyen ou directeur est tenu de porter à la connaissance du recteur, par rapport écrit et dans le plus bref délai possible : 1° les infractions aux articles 7, 11, 12 et 17 du présent décret ; 2° les fautes contre la discipline ou l'ordre scolaire et les faits criminels ou délictueux dont les étudiants se seraient rendus coupables.

Art. 37. — Par mesure administrative, le recteur peut interdire l'accés des bâtiments de l'Université à tout délinquant déféré au conseil jusqu'au jour de sa comparution devant le conseil.

Art. 38. — En cas d'infraction aux dispositions réglementaires visées à l'article 36, le conseil peut prononcer une des peines prévues aux paragraphes 1°, 2°, 3° et 6° de l'article 34. Dans les autres cas, il prononce, selon la gravité de la faute, une des peines prévues à l'article 34.

Art. 39. — Appel peut être interjeté par les recteurs de toutes les décisions du conseil de l'Université en matière disciplinaire. Appel peut être interjeté par la partie des décisions prononçant contre elle une des peines prévues aux paragraphes 6°, 7° et 8° de l'article 34.

Art. 40. — En cas de désordres graves, un cours peut être suspendu par le recteur, après avis du doyen ou directeur ; une Faculté, Ecole ou Université, peut être fermée temporairement par le Ministre, après avis du conseil de l'Université ou du conseil de l'Ecole s'il s'agit d'une Ecole extérieure au siége d'une Université. La mesure peut être restreinte aux enseignements et travaux pratiques correspondant à un ordre déterminé d'études. Pendant la durée de la fermeture, tous les actes scolaires sont suspendus, et les étudiants ne peuvent prendre d'inscriptions, subir d'examens, ni obtenir le transfert de leur dossier dans un autre établissement.

Art. 41. — Tout examen entaché de fraude ou de tentative de fraude doit être déclaré nul. En cas de flagrant délit, le candidat quitte la salle ; la nullité de l'examen est prononcée par le jury : dans les autres cas, l'annulation est prononcée par le conseil de l'Université. La nullité ou l'annulation de l'examen peut être prononcée contre les complices de l'auteur principal de la fraude ou de la tentative de fraude. L'auteur principal et ses complices sont

déférés au conseil de l'Université et peuvent être punis d'une des peines prévues aux paragraphes 6°, 7° et 8° de l'article 34.

Art. 42. — L'annulation de l'examen entraine la nullité du diplôme dans le cas où il a été délivré avant la découverte de la fraude.

Art. 43. — Le conseil de l'Université peut ordonner l'affichage de ses décisions en matière disciplinaire à l'intérieur de l'Université ou de l'école.

Art. 44. — Sont et demeurent abrogées toutes les dispositions des ordonnances, décrets et statuts antérieurs, contraires au présent décret, notamment les ordonnances du 5 juillet 1820, le titre IV de l'ordonnance du 2 février 1823 et le décret du 30 juillet 1883, à l'exception des articles 20 et 21.

Art. 45. — Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des Lois* et publié au *Journal Officiel*.

Changement d'établissement. — Dispositions spéciales à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris (*Circulaire du* 24 *janvier* 1896). « Monsieur le Recteur, l'article 23 du décret du 30 juin 1883 détermine la procédure à suivre en ce qui concerne le transfert des dossiers des étudiants qui veulent passer d'une Faculté ou Ecole dans une autre, en conservant le bénéfice des inscriptions qu'ils ont prises et des examens qu'ils ont subis.

Mon attention a été très particulièrement appelée sur les graves inconvénients qui résultent de l'application de ces dispositions, lorsqu'il s'agit d'étudiants transférés à la Faculté de Médecine de Paris au cours de l'année scolaire, c'est-à-dire au moment où le stage est complètement organisé et alors que tous les étudiants sont distribués dans les divers services hospitaliers.

La section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique, saisie de la question, a été d'avis qu'il était indispensable de remédier aux inconvénients signalés et a proposé dans ce but d'adopter les mesures ci-après, savoir :

1° Les demandes de transfert présentées en vue d'une nouvelle année scolaire devront être produites assez à temps pour que le transfert des dossiers des étudiants puisse avoir lieu avant le 15 octobre ;

2° Les demandes de transfert formées au cours de l'année scolaire seront soumises à un double avis : celui de la Faculté ou Ecole que l'étudiant veut quitter, celui du Doyen de la Faculté de Médecine de Paris.

Dans le cas où l'étudiant ou sa famille n'accepterait pas la suite donnée à sa demande, il en serait référé à mon administration.

J'ai l'honneur de vous informer que j'ai adopté cet avis et je vous prie de vouloir bien donner les instructions nécessaires à MM. les Doyens et Directeurs des Facultés et Ecoles de Médecine de votre ressort académique, pour la mise en vigueur, à dater de ce jour, des mesures proposées par la section permanente. »

Inscriptions, cartes d'étudiants et travaux pratiques.

Immatriculation, inscriptions, cartes, travaux pratiques, travaux de laboratoire.

I. *Immatriculation.* — Nul n'est admis aux travaux de la Faculté (cours, bibliothèque, travaux pratiques, laboratoires, cliniques, etc.), s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation (décret du 21 juillet 1897). L'immatriculation a lieu, soit d'office, soit sur demande. — *Immatriculation d'office.* L'étudiant qui prend une inscription trimestrielle est immatriculé d'office. Il n'acquitte pas le droit d'immatriculation. — *Immatriculation sur demande.* Doivent se faire immatriculer : 1° les étudiants pourvus de toutes les inscriptions réglementaires ; 2° les étudiants dont la scolarité est interrompue ; 3° les docteurs français et étrangers ; 4° les étudiants français et étrangers, qui désirent être admis aux travaux de la Faculté. La seizième inscription, ainsi que les inscriptions délivrées à titre rétroactif, ne confèrent point l'immatriculation. A l'immatriculation sur demande, est attaché le droit réglementaire : 30 francs. Les immatriculations d'office auront lieu aux dates indiquées ci-dessous pour la prise des inscriptions trimestrielles. Les immatriculations sur demande seront effectuées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) les lundi, mardi, jeudi et samedi de midi à 3 heures. — *N. B.* L'immatriculation ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée annuellement. Nul ne peut se faire immatriculer par correspondance ni par un tiers.

II. — *Inscriptions.* — Les inscriptions seront délivrées pendant l'année scolaire 1904-1905, dans l'ordre et aux dates ci-après, de midi à 3 heures.

1er *trimestre* 1904-1905 : 1° inscriptions de 1re année (voir l'affiche spéciale) ; 2° inscriptions de 2e, 3e et 4e années, du 19 octobre au 12 novembre 1904 (excepté les lundis et mardis). — 2e *trimestre* 1904-1905 : les inscriptions des quatre années seront délivrées du 11 au 28 janvier 1905 inclus (excepté les lundis et mardis). — 3e *trimestre* 1904-1905 : les inscriptions des quatre années seront délivrées du 29 mars au 15 avril 1905, (excepté les lundis et mardis). — 4e *trimestre* 1904-1905 les inscriptions des quatre années seront délivrées du 1er au 15 juillet 1905.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires des travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris les inscriptions trimestrielles aux dates ci-dessus indiquées.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leurs inscriptions aux jours ci-dessus désignés. Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par la Commission scolaire.

Les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut prendre inscription par correspondance ou par mandataire.

MM. les étudiants sont priés de déposer, deux jours à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté : il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat (guichet n° 3) pour prendre leur inscription.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les internes et externes titulaires des hôpitaux doivent joindre à leur feuille d'inscriptions, qu'ils déposent deux jours à l'avance, chez le concierge de la Faculté, un certificat émanant du ou des chefs de service auxquels ils ont été attachés, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'internes et d'externes pendant le trimestre précédent. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel appartient l'élève. Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées à MM. les internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

L'inscription d'un trimestre peut être refusée pour manque d'assiduité et de travail, par décision de la Commission scolaire. La décision est définitive. L'étudiant auquel une inscription a été refusée ne peut, pendant le trimestre correspondant, obtenir le transfert de son dossier dans un autre établissement.

III. *Cartes.* — *Cartes d'immatriculation.* Une carte est délivrée gratuitement à tout étudiant immatriculé. Elle ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée chaque année contre la remise de la carte précédente. En cas de perte, il peut en être délivré un duplicata. Les cartes sont rigoureusement personnelles. Elles ne doivent pas être prêtées. Pour l'année scolaire 1904-1905, les cartes d'immatriculation seront délivrées, contre la remise de la carte précédente, au secrétariat de la Faculté au moment de l'immatriculation, qu'il s'agisse d'une immatriculation d'office, ou d'une immatriculation sur demande. MM. les étudiants qui désireraient la carte avec photographie feront coller la photographie au verso de cette carte, qu'ils présenteront ensuite au guichet n° 5, les lundis et mardis, de midi à 3 heures, pour apposition du cachet de la Faculté. — *Cartes d'entrée dans les laboratoires.* MM. les étudiants admis dans les laboratoires de recherches recevront une carte d'entrée dans ces laboratoires. Pour l'année scolaire 1904-1905, les cartes d'entrée dans les laboratoires de recherches seront délivrées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1) les lundis, mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures, sur la présentation de la quittance du versement des droits réglementaires.

IV. *Travaux pratiques réglementaires.* — Les travaux pratiques sont réglementaires ou facultatifs. — Ils sont énumérés aux affiches générales des cours de chaque semestre (MM. les étudiants sont priés de consulter ces affiches qui paraissent vers le 15 octobre et le 15 février). Les droits afférents aux travaux pratiques réglementaires sont acquittés trimestriellement en prenant l'inscription correspondante. MM. les étudiants immatriculés, mais dont la scolarité est interrompue, sont tenus, pour être admis aux travaux pratiques réglementaires, d'acquitter le même droit de travaux pratiques que les étudiants en cours de scolarité.

V. *Travaux de laboratoire* ; *travaux pratiques facultatifs.* — Peuvent y être admis, à condition d'y être autorisés par M. le Doyen, sur leur demande écrite et après immatriculation : 1° tous les étudiants de la Faculté ; 2° les docteurs et étudiants français et étrangers, etc. L'autorisation est valable pour un trimestre. Le droit trimestriel à acquitter par MM. les étudiants admis dans les laboratoires de recherches est fixé de 50 à 150 francs.

Des affiches spéciales annonceront l'ouverture des travaux pratiques réglementaires et facultatifs, ainsi que des travaux de laboratoire.

Sessions d'examens.

I. — DOCTORAT. — *Session de novembre* 1904 *à mars* 1905 : 2e examen. Seront admis les candidats pourvus de huit inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à 3 heures, du 3 octobre 1904 au 24 janvier 1905. La session aura lieu d'octobre 1904 au 25 février 1905. MM. les candidats qui n'auront point subi le 2e examen avant la clôture du registre des inscriptions de janvier 1905

ne pourront prendre la 10e inscription qu'en vertu d'une autorisation spéciale de la commission scolaire. Par suite, ils ne seront admis à prendre part aux travaux pratiques de chimie pathologique et de médecine opératoire que sur leur demande, et si le service le permet. Les candidats ajournés avant le 26 février 1905 pourront se présenter de nouveau dans une session qui aura lieu du 8 au 27 mai 1905. Pour cette dernière session, les consignations seront reçues les 10 et 11 avril 1905. Toutefois, MM. les candidats seront soumis, selon les cas, aux délais d'ajournement fixés par le décret du 24 juillet 1899. — *Session de mars à mai* 1905 : 1er examen. Seront admis les candidats pourvus de six inscriptions non périmées, et ayant disséqué pendant deux semestres. Les consignations seront reçues les 24, 25, 27 et 28 février 1905 La session commencera le 13 mars 1905.

II. — Officiat. — *Session d'octobre* 1904 : examens de fin d'année. Seront seuls admis les élèves officiers de santé ayant échoué au mois de juillet 1904, et ceux pourvus d'une autorisation spéciale de la Commission scolaire. Les consignations seront reçues les 3 et 4 octobre 1904. La session s'ouvrira fin octobre ou commencement de novembre. — I. *Session de juillet* 1905 : examens de fin d'année. Seront seuls admis les candidats ayant, au moment de l'examen, quatre, huit ou douze inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues les 5 et 6 juin 1905. La session s'ouvrira le 19 juin 1905.

N. B. — 1° En se présentant au secrétariat (guichet n° 3), de midi à 3 heures, pour consigner, MM. les étudiants devront être munis de leur feuille d'inscriptions.

Limites des consignations pour examens.

Le registre des consignations pour les examens ci-après désignés sera ouvert au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à 3 heures, à partir du 3 octobre 1904. Il sera clos aux dates ci-dessous indiquées.

I. — Doctorat. — 1er Examen : Le registre des consignations sera clos le 28 février 1905, à 3 heures. MM. les candidats entrant en deuxième année au mois d'octobre 1904 ne seront admis à consigner que les 24, 25, 27 et 28 février 1905. — 2e Examen : Le registre des consignations sera clos le 24 janvier 1905, à 3 heures. MM. les candidats qui n'auront point subi le 2e examen avant la clôture du registre des inscriptions de janvier 1905, ne pourront prendre la 10e inscription qu'en vertu d'une autorisation spéciale de la commission scolaire. Par suite, ils ne seront admis à prendre part aux travaux pratiques de chimie pathologique et de médecine opératoire que sur leur demande, et si le service le permet. — Les candidats ajournés avant le 26 février 1905 pourront se présenter de nouveau dans une session qui aura lieu du 8 au 27 mai 1904. — Pour cette dernière session, le registre des consignations sera ouvert les 10 et 11 avril 1905. Toutefois, MM. les candidats seront soumis, selon les cas, aux délais d'ajournement fixés par le décret du 24 juillet 1899. — 3e Examen (1re partie) : Le registre des consignations sera clos le 31 janvier 1905, à 3 heures. — 3e Examen (2e partie) : Le registre des consignations sera clos le 14 mars 1905, à 3 heures. — 4e Examen : Le registre des consignations sera clos le 2 mai 1904, à 3 heures. Aux termes d'une décision du Conseil de l'Université du 24 juin 1901, le candidat à la thèse de doctorat en médecine est tenu de produire, en consignant pour le 4e examen, un certificat du professeur qu'il a choisi pour présider sa thèse. Ce certificat indique: 1° le professeur qui accepte la présidence de la thèse ; 2° le sujet de la thèse. MM. les étudiants ayant subi avec succès la 2e partie du 3e examen, peuvent retirer, au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), tous les jours, de midi à 3 heures, la formule de certificat d'acceptation à établir par le président de la thèse. — 5e Examen (1re partie) : Le registre des consignations sera clos le 30 mai 1905, à 3 heures. — 5e Examen (2e partie) : Le registre des consignations sera clos le 27 juin 1904, à 3 heures. — Thèse : Le registre des consignations sera clos le 25 juin 1905, à 3 heures.

II. — Officiat. — 1er Examen définitif : Le registre des consignations sera clos le 28 février 1905, à 3 heures. — 2e Examen définitif : Le registre des consignations sera clos le 28 mars 1905, à 3 heures. — 3e Examen définitif : Le registre des consignations sera clos le 30 mai 1905, à 3 heures.

N. B. — 1° En se présentant au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 3 heures, pour consigner, MM. les étudiants devront être munis de leur feuille d'inscriptions.

Examens.

Avis aux candidats ajournés. — MM. les candidats ajournés avant le 1er juin 1905 pourront renouveler leurs épreuves, savoir : 1° l'épreuve pratique de dissection, à partir du 5 juin 1905 ; 2° l'épreuve pratique de médecine opératoire, à partir du 25 avril et à partir du 5 juin 1905. Les épreuves orales seront renouvelées : 1° A partir du 5 juin, pour les candidats ayant échoué avant le 7 mai ; 2° à partir du 19 juin, pour les candidats ayant échoué après le 7 mai et avant le 1er juin. Les candidats admis à renouveler l'épreuve pratique de médecine opératoire à partir du 10 avril, consigneront les 27 et 28 mars. Les candidats qui ne pourront renouveler cette épreuve, qu'à partir du 5 juin, consigneront les 15, 16, 22 et 23 mai inclusivement, dernier délai. Pour les épreuves autres que la médecine opératoire, les candidats ajournés avant le 7 mai consigneront les 15, 16, 22, et 23 mai inclusivement, dernier délai, pour passer à partir du 5 juin. Les candidats ajournés après le 7 mai et avant le 1er juin consigneront les 5 et 6 juin inclusivement, pour passer à partir du 19 juin. Ils seront tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur échec. Les élèves ajournés après le 1er juin à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances. MM. les étudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées.

N. B. — Les sessions extraordinaires de juin et juillet 1905 ne seront ouvertes qu'en tenant compte des dispositions de l'article 4 du décret du 24 juillet 1899, et de l'article 1er du décret du 20 mai 1902.

Prix décernés par la Faculté.

La Faculté avait à attribuer pour l'année scolaire 1902-1903 : 1° Les prix institués par les fondations de : M. le baron Barbier, de la valeur de 2.000 fr. ; Mme la comtesse de Chatauvillard, 2.000 fr. ; MM. Corvisart, une médaille de vermeil et 400 fr. ; M. de Monthyon, une somme de 700 fr. ; M. Jeunesse (Hygiène) 1.500 fr. ; M. Jeunesse (Histologie), 700 fr. ; M. Saintour 3.000 fr. ; 2° Le legs Trémont dans les conditions indiquées par le testateur ; 3° Des récompenses pour les thèses les plus remarquables soutenues devant elles pendant l'année ; 4° Des médailles aux élèves sages-femmes de 1re classe de la Faculté s'étant distinguées dans les épreuves du concours spécial. Le Conseil de la Faculté, après avoir entendu les rapports des Commissions chargées d'examiner les titres de chacun des candidats, a dressé ainsi qu'il suit la liste des lauréats.

1° *Prix Barbier.* — Commission : MM. Gariel, président ; Terrier, Berger, Pozzi, Kirmisson. Sept appareils ou instruments ont été présentés. La Faculté a décerné le prix (2.000 fr.) à M. Luys pour son séparateur des urines. Elle a attribué une mention très honorable à M. le Dr Rémy, pour son diploscope.

2° *Prix Chatauvillard.* — Commission : MM. Debove, président, Dieulafoy, Pinard, Terrier, Gaucher. Sept ouvrages ont été présentés. La Faculté a décerné le prix à M. le Dr Terrien pour son ouvrage sur la chirurgie de l'œil et ses annexes.

3° *Prix Corvisart.* — Le sujet proposé était : Des péritonites dites primitives. Aucun mémoire n'a été déposé.

4° *Prix Monthyon.* — Commission : MM. Debove, doyen, président, Cornil, Landouzy, Déjerine, Gaucher. La Faculté a décidé qu'il n'y avait pas lieu de décerner le prix.

5° *Prix Jeunesse* (Hygiène). — Commission : MM. Brouardel, président, Proust, Chantemesse, Brissaud, Gilbert. Six mémoires ont été présentés. La Faculté a attribué le prix (1.500 fr.) à M. le Dr Borel pour son ouvrage intitulé : Choléra et peste dans le pèlerinage musulman. Elle a attribué une mention honorable à M. le Dr Raffray, pour son ouvrage intitulé : Les déséquilibrés du système nerveux, et à M. le Dr Raynaud pour son travail : L'hygiène et la médecine au Maroc.

Prix Jeunesse (Histologie). Commission : MM. Cornil, président, Raymond, Kirmisson, Poirier, Launois. Le prix est décerné à M. le Dr Dominici, auteur des deux monographies suivantes : 1° Le ganglion lymphatique ; 2° Sang et moelle osseuse.

6° *Prix Saintour.* — Commission : MM. Bouchard, président, Hayem, Cornil, Dieulafoy, Hutinel. Le sujet proposé pour le concours était : Séméiologie du liquide céphalo-rachidien. Deux mémoires ont été présentés. La Faculté a décidé qu'il n'y avait pas lieu de décerner le prix.

Legs Trémont. — Commission : MM. Debove, doyen, président, Ch. Richet, Pouchet, Joffroy, Chantemesse, Brissaud, De Lapersonne, Dejerine. Une somme de 1.000 francs, prélevée sur les arrérages de la fondation, a été partagée entre deux étudiants remplissant les conditions stipulées.

Thèses récompensées. — Commission : MM. Debove, doyen président, Brouardel, Bouchard, Gautier, Gariel, Le Dentu, Tillaux, Joffroy, Budin, Brissaud, De Lapersonne, Gilbert, Poirier.

1° *Médailles d'argent.* — Balthazard (Victor). Toxine et antitoxine typhiques. Camus (Jean). Les hémoglobinuries (étude pathogénique). Delherm (Louis). Le traitement par l'électricité de la constipation habituelle et de la colite muco-membraneuse. Dévé (Charles). Réflexions critiques sur la puériculture. (Essai de puériculture pratique). Gouraud (F.-Xavier). Des échanges

phosphorés dans l'organisme normal et pathologique : des phosphaturies. Heitz (Jean). Les nerfs du cœur chez les tabétiques (Etude clinique et anatomo-pathologique). Travail des laboratoires du professeur Dejérine et du Dr Pierre Merklen. Laignel-Lavastine (Maxime). Recherches sur le plexus solaire. Lenormant (Charles). Le prolapsus du rectum. Causes et traitement opératoire. Loeper (Maurice). Mécanisme régulateur de la composition du sang. Mouchotte (Joseph). Documents pour servir à l'étude de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale post-abortum. Pergola (Frédéric). De la mort rapide et imprévue dans les rétrécissements cancéreux de l'intestin. Symptomatologie, pathogénie des accidents et critique médico-légale. Poulard (Albert). Adénopathies dans les infections oculaires. Roy (Pierre). Contribution à l'étude du gigantisme. Silhol (Jacques). L'examen du sang en chirurgie et en particulier au point de vue du diagnostic et pronostic de l'appendicite.

2° *Médailles de bronze.* — Alexandre (Gaston). L'omentopexie dans les cirrhoses hépatiques. Armand-Delille (Paul-Félix). Rôle des poisons du bacille de Koch dans la méningite tuberculeuse et la tuberculose des centres nerveux (Etude expérimentale et anatomo-pathologique). Travail du laboratoire du professeur Grancher. Barthélemy (Francis). De l'influence du milieu hospitalier dans l'évolution des maladies infantiles. Broido (Mlle Sarah). Les dysenteries. Etude critique. Carel (Armand). Le lait stérilisé. Résultats obtenus par son emploi au moment du sevrage, dans l'allaitement mixte, dans l'allaitement artificiel, chez les nourrissons de la classe ouvrière à Paris. Travail de la consultation de nourrissons des dispensaires de la caisse des écoles du 7e arrondissement. Carton (Paul). Contribution à l'étude des modifications du sang pendant l'accouchement et les suites de couches normales et pathologiques. (Numération et équilibre leucocytaires). Dehau (Henri). Les sanatoriums dans le traitement de la tuberculose. Dominici (Henri). Globules rouges et infection. Esmonet (Charles). Contribution à l'étude du testicule dans quelques affections. Orchites expérimentales. Forest (Louis-Alphonse). Les moustiques et la fièvre jaune. Fresson (Henri). Indications et manuel opératoire dans le traitement de l'inversion utérine. Gauchery (Paul. Etudes sur les occlusions intestinales pendant la puerpéralité. Occlusions gravidiques, paragravidiques, extragravidiques. Godineau (Jean-Georges). De l'entérostomie. Grimbert (Léon). Diagnostic des bactéries par leurs fonctions bio-chimiques. Grivot (Maurice). Contribution à l'étude de la paralysie faciale otitique. Guéniot (Paul). Etude sur la lithiase vésiculaire, ses formes anatomiques envisagées au point de vue chirurgical. Laubry (Charles). Etude et interprétation de quelques phénomènes critiques morbides. Lecerf (Léon). Les abcès multiples de la peau des nourrissons. Le Nouène (Léopold). Du traitement chirurgical des néphrites. Le Sourd (Louis). Recherches expérimentales et cliniques sur la présence d'une substance sensibilisatrice spécifique dans le sérum des typhiques. Lévy (Henri-Alfred). Les injections mercurielles intramusculaires dans la syphilis. Lissar (Jean). Contribution à l'étude de l'avortement tubaire. Lortat-Jacob (Léon). L'iode et les moyens de défense de l'organisme. Maury (Adolphe). Le traitement de l'éclampsie puerpérale. Mauté (Alphonse). Pronostic et régime diététique des néphrites chroniques. La chlorurie alimentaire expérimentale. Meuriot (Henri). Des hallucinations des obsédés. Pseudo-hallucinations. Monod (René). Réactions méningées chez l'enfant. Perpère (Eugène). Contribution à l'étude des associations tabéto-paralytiques Pissareff (Mlle Anna). L'action des radiations nouvelles (rayons de Rœntgen et rayons de Becquerel) sur les êtres vivants. Poussin (Octave). De la gastro-entérostomie en Y. Prat (Louis). Sur la résection du ganglion de Gasser. Rabier (Jean). Contribution à l'étude de la torsion des trompes. Schwartz (Anselme). Anatomie chirurgicale et chirurgie des bronches extra-pulmonaires. Sergent (Edmond). La lutte contre les moustiques. Une campagne antipaludique en Algérie.

3° *Mentions honorables.* — Audard (Eugène). Le drainage vaginal du péritoine après l'hystérectomie abdominale totale par annexites suppurées. Audistère (Camille). De la dégénérescence cancéreuse de l'ulcère de l'estomac. (Ulcère simple et ulcère brunnérien). Baillon (André). Contribution à l'étude de la chéloïde. Bonnet (Charles). Dépopulation et repopulation. Bouic (Victor-Emile). De la sécrétion sudorale dans la tuberculose pulmonaire. Bruandet (Louis). Infiltration épithéliale expérimentale. Catz (Albert). Traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie. Dambrin (Camille). Recherches sur l'anatomie pathologique et le traitement des lésions de l'intestin dans les contusions abdominales. Fargin-Fayolle (Paul). Contribution à l'étude des hernies de la vessie. Fessard (Gaston). Etude sur le fonctionnement de la Maternité de la Pitié du 1er avril 1898 au 1er avril 1903. Gerst (Maurice). Contribution à l'étude des vomissements de la grossesse. Giffard (Paul). De l'arrêt de la tête dernière en position directe au détroit supérieur. (Difficulté de l'extraction). Guénard (Raymond). De la cure des grands prolapsus génitaux par la méthode de Bouilly et de l'hystéropexie obturatrice. (Procédé de l'auteur). Guibal (Paul). Le traitement sanglant des fractures de la jambe (fractures obliques) fermées et récentes. Labbé (Raoul). Le syndrome urinaire dans la scarlatine et la diphtérie de l'enfance. Lance (Pierre-Marcel). Etude clinique sur l'exclusion de l'intestin. Lejonne (Paul). Contribution à l'étude des atrophies musculaires dans la sclérose en plaques. Lorenzo (Edouard). De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose du rein. (Résultats thérapeutiques). Mesnil (Roger). Les mères qui ne peuvent pas allaiter au sein leur enfant. Etude clinique. Paris (Albert). Contribution à l'étude des modifications sanguines chez l'enfant diphtérique traité par le sérum antidiphtérique. (Résistance globulaire). Péchin (Charles). Indications et résultats de la cure gingivo-dentaire dans la pelade. Rigaud (Léon). Contribution à l'étude de l'angiome musculaire primitif. Rodocanachi (Georges). Des ictères chroniques simples. Savignac (Roger). L'ordonnance du tuberculeux.

Médailles aux sages-femmes. — Jury du concours : M. le professeur Pinard ; MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage, agrégés de la Faculté ; Mme Léger, sage-femme en chef de la Maternité de l'hôpital Beaujon. Neuf élèves, désignées par leurs notes, ont été appelées à concourir. L'épreuve a consisté dans l'exposé oral en cinq minutes d'une question tirée au sort. Après avoir entendu les candidates et consulté leurs notes antérieures, le jury les a classées dans l'ordre suivant :

1° *Médailles d'argent* : Mlle Sarra et Mme Fabert.
2° *Médailles de bronze* : Mlle Husson et Mme Pauthe.

Liste des Prix de la Faculté de médecine.

Prix Corvisart. — Tous les élèves de la Faculté sont appelés à concourir au prix d'encouragement fondé par M. le professeur Corvisart. Les élèves qui désireront concourir pour ce prix devront, au commencement de chaque année, se faire inscrire à cet effet dans l'une des cliniques internes (1). Le professeur désignera un ou plusieurs numéros de lits, et l'élève devra recueillir les observations de tous les malades qui y sont successivement admis. Une question de médecine pratique sera, au commencement de chaque année, proposée par les professeurs aux élèves des cliniques internes ; les élèves devront en chercher la solution exclusivement dans des faits qui se passeront sous leurs yeux dans les salles de la clinique.

Le 15 octobre 1903 au plus tard, chacun des concurrents remettra au secrétariat de la Faculté : 1° les observations recueillies aux numéros des lits qui lui ont été désignés ; 2° la réponse à la question proposée. Un jury, dont les professeurs de clinique feront nécessairement partie, sera chargé de présenter un rapport sur ces travaux et de soumettre à la sanction de la Faculté les noms des concurrents qu'il jugera dignes d'obtenir des médailles. Le prix consistera en médailles de vermeil, accompagnées d'une somme réglée comme il suit : Lorsqu'il y aura un seul lauréat, l'étudiant recevra une médaille de vermeil et une somme de 400 fr. Lorsqu'il y aura deux lauréats, chacun des étudiants recevra une médaille de vermeil et une somme de 200 fr.

Concours de 1904. La question proposée est : *Des péritonites dites primitives.* Les mémoires ont dû être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 15 octobre 1904, à 4 heures, dernier délai, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Prix Monthyon. — Le prix Monthyon, qui consiste en une somme de 700 fr., payable en espèces, est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les *maladies prédominantes* dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies et sur les moyens de les guérir. Ce prix peut être partagé entre deux candidats. Les mémoires des candidats ont dû être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 15 octobre 1904, dernier délai, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Prix Barbier. — D'après les dispositions de M. le baron Barbier, la Faculté de Médecine décerne tous les ans un prix de 2.000 fr. à la personne qui a inventé une *opération*, des *instruments*, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieurs à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. Les travaux et les objets présentés ont dû être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 15 octobre, dernier délai.

Prix Chatauvillard. — Ce prix, dû aux libéralités de Mme la comtesse de Chatauvillard, née Sabatier, et de la valeur de

(1) Cliniques médicales, des maladies mentales, des enfants, des maladies syphilitiques et cutanées, des maladies du système nerveux.

2.000 francs, est décerné chaque année, par la Faculté de Médecine de Paris, au meilleur travail des *sciences medicales*, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente. Les ouvrages destinés à ce concours doivent être écrits en français (les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours). Ils sont reçus au Secrétariat de la Faculté, du 1er au 31 janvier de l'année qui suit leur publication. — Le Conseil de la Faculté a décidé (16 décembre 1897) que le prix Chateauvillard serait décerné dès le commencement de chaque année (en février ou mars).

Legs du baron de Trémont. — M. Joseph Girod de Vienney, baron de Trémont, ancien préfet, a légué à la Faculté de Médecine de Paris, par un testament en date du 5 mai 1848, une somme annuelle de 1.000 francs, en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune. Par décret du 8 décembre 1858, M. le Doyen a été autorisé à accepter ce legs, au nom de la Faculté. Les candidats doivent se faire inscrire, avant le 1er septembre de chaque année, au secrétariat de la Faculté. Ils devront produire : 1° une demande timbre de 0 fr. 60) ; 2° toutes les pièces de nature à faire connaître leur situation de fortune et celle de leur famille.

Donation Faucher. — Par acte notarié, en date du 20 juillet 1894, Mme Alexandra-Vincentine-Sophie Wolowska, veuve de M. Léon-Joseph Faucher, a fait don à la Faculté de Médecine de Paris, d'une rente de 1.200 francs en 3 %, sur l'Etat français, pour, les arrérages, être employés, chaque année, à couvrir de leurs frais de scolarité, d'examen et de diplôme, ainsi que des frais d'impression de la thèse, deux étudiants français et deux étudiants polonais. Par décret en date du 5 janvier 1895, M. le Doyen a été autorisé à accepter cette donation au nom de la Faculté. Pour être admis à participer à cette donation, qui sera attribuée par le Conseil de la Faculté, les candidats devront déposer au Secrétariat de la Faculté avant le 1er septembre de chaque année : 1° une demande (timbre de 0 fr. 60) ; 2° toutes pièces de nature à faire connaître leur situation de fortune et celle de leur famille ; 3° un document authentique établissant leur nationalité française ou polonaise. A l'ouverture de chaque année scolaire, et avant le 1er octobre, le Comité de la Bibliothèque polonaise, dont le siège est à Paris, quai d'Orléans, n° 6, devra présenter à M. le doyen une liste de candidats, sans que cette présentation puisse tendre à un autre but que celui d'établir la preuve de la réalisation de la condition de nationalité des étudiants polonais. Si ce Comité venait à se dissoudre ou à disparaître pour quelque cause que ce soit, la donation s'en remet à la Faculté de médecine du soin de faire contrôler, par qui bon lui semblera, la nationalité des candidats polonais.

Prix Lacaze. — Aux termes du testament de M. le Dr Lacaze, un prix d'une valeur de 10.000 francs est accordé, *tous les deux ans*, au meilleur ouvrage sur la *phtisie* et sur la *fièvre typhoïde*, et ainsi de suite alternativement et à perpétuité. Ce prix ne peut être partagé. La Commission chargée de décerner ce prix se réunit au mois de novembre. A la fin de l'année 1904, il y aura lieu de décerner le prix Lacaze au meilleur ouvrage sur la *phtisie*.

Legs Jeunesse. — M. Jeunesse (Antony-Jean-Charles), par un testament en date du 27 février 1877, a légué à la Faculté de Médecine de Paris : 1° une somme de 1.500 fr. pour la fondation d'un prix annuel destiné au meilleur ouvrage relatif à l'*hygiène* ; 2° une somme de 750 francs pour la fondation d'un prix biennal destiné au meilleur ouvrage relatif à l'*histologie*. — En 1904, le prix relatif à l'hygiène sera seul attribué. Les mémoires des candidats ont dû être déposés au Secrétariat avant le 15 octobre, à 3 heures, dernier délai.

Prix J. Saintour. — Par un testament en date du 16 novembre 1888, M. le Dr J. Saintour a légué à la Faculté de Médecine de Paris une somme destinée à la fondation d'un prix qui portera son nom et dont le sujet sera, chaque année, désigné par la Faculté. Ce prix est de 3.000 francs. Le sujet mis au concours est : *Séméiologie du liquide céphalo-rachidien*. — Les mémoires auront dû être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 15 octobre de chaque année, à 3 heures, dernier délai, sans désignation d'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Prix Béhier. — Mme veuve Béhier a légué à la Faculté de Médecine de Paris, par un testament en date du 7 octobre 1889, une somme destinée à la fondation d'un prix biennal qui sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur une question de *pathologie médicale*. Ce prix, qui est de 1.800 francs, sera attribué en 1904. Le sujet proposé pour le concours est ainsi conçu : *Tuberculose de la rate*. — Les mémoires auront dû être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 15 octobre 1904, à 4 heures, dernier délai, sans désignation d'auteur, mais avec une épigraphe pour les faire connaître.

Prix Charles Legroux. — Par acte notarié en date du 5 avril 1897, Mme Veuve Legroux a fait don à la Faculté de Médecine de Paris d'une somme de 10.000 francs destinée à l'acquisition d'un titre de rente 3 % sur l'Etat français, pour les arrérages de cette rente, être affectés à la fondation perpétuelle d'un prix dénommé Prix Charles Legroux et qui sera décerné tous les cinq ans, par ladite Faculté, au meilleur travail sur le *diabète, ses causes et son traitement*. Ce prix sera attribué en 1907. Les mémoires des candidats doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 15 octobre 1907, dernier délai.

Legs Marjolin. — Par testament en date du 1er novembre 1894, M. le Dr Marjolin (René-Nicolas), a légué, à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, une somme dont le revenu est de 5.161 francs. « Ce revenu sera affecté, chaque année, au remboursement des frais d'inscriptions d'étudiants en médecine français, internes ou externes des hôpitaux de Paris, s'étant fait « remarquer par leur zèle, leur exactitude, et ayant recueilli avec « soin des observations dans leurs services ». (*Extrait du testament*). MM. les internes et externes français des hôpitaux de Paris, qui désireraient profiter du legs Marjolin, devront déposer, au Secrétariat une demande tendant au remboursement des inscriptions antérieurement prises. Cette demande adressée au doyen et libellée sur papier timbrée à 0 fr. 60 devra être accompagnée des certificats des chefs de service des pétitionnaires constatant que ces derniers remplissent les conditions imposées par le testateur. Les certificats auront en outre à être revêtus du visa de MM. les Directeurs des établissements auxquels les élèves sont attachés en qualité d'interne ou d'externe. Les demandes sont reçues au secrétariat de la Faculté deux fois par an : *du 1er au 15 avril et du 1er au 15 octobre*.

Legs Barkow. — Mme de Barkow, née Guilbert, par son testament en date du 2 juillet 1828, a fait à l'Université un legs universel pour être employé à aider des jeunes gens pauvres à faire de bonnes études et à s'ouvrir par ce moyen une carrière honorable. Le revenu annuel est de 3.000 fr. ; il est affecté à l'entretien des *bourses* dans les établissements d'enseignement supérieur de Paris. Pour participer à ce legs, les candidats devront en faire la demande avant le 1er septembre : cette demande doit être accompagnée de toutes les pièces de nature à éclairer la Faculté sur la situation de fortune des postulants et celle de leur famille.

Legs Pelrin. — Par acte du 22 juin 1845, M. et Mme Pelrin ont institué en mémoire de Charles Pelrin, leur fils, des bourses destinées à assurer à des étudiants peu aisés le bienfait de l'enseignement supérieur. — Le revenu annuel est de 4.000 francs ; il est affecté à l'entretien de quatre bourses de 1.000 francs dans les établissements d'enseignement supérieur de Paris. Une de ces conditions exigées pour participer à ces bourses est d'appartenir à une famille domiciliée à Paris, depuis 5 ans au moins. — Les candidats doivent adresser leur demande le 1er septembre ; cette demande doit être accompagnée de toutes les pièces de nature à éclairer la Faculté sur la situation de fortune des postulants et celle de leur famille.

Prix ne pouvant être partagés : Prix Barbier, Béhier, Chatauvillard, Jeunesse (Hygiène), Jeunesse (Histologie), Lacaze, Legroux, Saintour.

Prix pouvant être partagés : Prix Monthyon (peut être partagé entre deux candidats), Corvisart (peut être partagé entre deux candidats), Trémont (peut être partagé entre deux candidats), donation Faucher. (Les arrérages annuels de cette donation doivent être répartis entre deux étudiants français et deux étudiants polonais).

Thèses récompensées. — La Faculté, après avoir examiné les thèses soutenues devant elle dans le cours de l'année scolaire, désigne à M. le Ministre celles qui paraissent dignes d'une récompense (médaille d'argent, médaille de bronze, mention honorable). Sont seules admises au concours les thèses ayant obtenu les notes *extrêmement satisfait* et *très satisfait*.

Médailles attribuées aux sages-femmes de 1re classe. — Un concours a lieu tous les ans entre les sages-femmes de 1re classe reçues au 2e examen, à la dernière session, avec la mention *bien satisfait* et *très satisfait*. Deux médailles d'argent et trois médailles de bronze peuvent être attribuées.

Bourses du Doctorat en médecine.

Arrêté du 15 *février* 1900. — Art. 1er. Les bourses du doctorat en médecine sont données au concours pour une année. — Art. 2. Les candidats s'inscrivent au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Ils doivent être Français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit au plus. Ils désignent, en s'inscrivant, la Faculté à laquelle ils désirent être attachés et joignent à cette déclaration les pièces suivantes : 1° leur acte de naissance ; 2° le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et le certificat d'études physiques, chimiques et

naturelles ou des certificats de réception en tenant lieu ; 3° une note signée d'eux, indiquant la profession de leur père, la résidence de leur famille, l'établissement ou les établissements dans lesquels ils ont fait leurs études, le lieu ou les lieux qu'ils ont habités depuis leur sortie desdits établissements ; 4° une déclaration de situation de fortune conforme au modèle annexé au règlement du 31 mai 1886, relatif aux bourses dans les Facultés des sciences et des lettres. — Art. 3. Les épreuves du concours consistent en compositions écrites. — Art. 4. Sont admis à concourir : 1° les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de 1re année. L'épreuve consiste en une composition. d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angéiologie). 2° les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire. Les épreuves sont : *a*) une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie ou une composition d'histologie) ; *b*) une composition de physiologie ; 3° les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le deuxième probatoire. Les épreuves sont : *a*) une composition de médecine ; *b*) une composition de chirurgie. 4° Les candidats pourvus de 16 inscriptions qui ont subi avec note « bien » le troisième examen probatoire. Les épreuves sont : *a*) Une composition de médecine ; *b*) une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements. Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions. La valeur de chacune des compositions est exprimée par un chiffre qui varie de 0 à 20.— Art.5. Les candidats qui justifient de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et d'un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, pourront obtenir sans concours une bourse de 1re année. — Art. 6. Les concours ont lieu annuellement, au siège des Facultés, dans la dernière semaine du mois d'octobre, au jour fixé par le Ministre, qui détermine également les sujets des compositions. — Art. 7. Chaque jury se compose de trois membres désignés par le recteur, sur la proposition du doyen. — Art.8. Dans un délai de quinze jours après la clôture du concours, le recteur transmet au Ministre les propositions des candidats par ordre de mérite, les procès-verbaux des jurys et les dossiers des concurrents contenant les pièces énumérées à l'article 2. Ces documents sont soumis à l'examen de la Commission de médecine du Comité consultatif de l'enseignement public, qui dresse, pour chaque catégorie, une liste des candidats par ordre de mérite. — Art. 9. Conformément aux dispositions de l'article 1er du présent arrêté, tout boursier qui voudra obtenir une nouvelle bourse devra subir les épreuves du concours correspondant à l'année d'études dans laquelle il doit entrer. Chaque boursier sera l'objet d'un rapport spécial sur son assiduité aux cours et aux exercices pratiques. — N.B. Le montant de la bourse est de 1.200 francs payables par douzième à la caisse de la Faculté.

B. — Bourses municipales de Médecine. — *Arrêté du Préfet de la Seine portant règlement pour l'attribution des bourses allouées à la Faculté de Médecine de Paris.* — Le Préfet de la Seine : vu la délibération en date du 28 décembre 1887, par laquelle le Conseil municipal de Paris a voté un règlement fixant le mode d'emploi des subventions allouées par la ville de Paris aux Facultés de droit et de médecine, et à l'École supérieure de pharmacie de cette ville ; vu le règlement adopté par le Conseil municipal de Paris en date du 1er août 1884 et approuvé par arrêté préfectoral en date du 17 septembre suivant, pour la répartition des bourses municipales fondées à la Faculté de droit : vu les lois du 18 juillet 1837 et du 24 juillet 1867 ; vu le décret du 25 mars 1852 ; Sur le rapport de l'inspecteur d'Académie, directeur de l'enseignement primaire du département de la Seine, arrête : *Art.* 1er. Est approuvée la délibération susvisée du Conseil municipal de Paris en date du 28 décembre 1887. — *Art.* 2. En conséquence, est adopté le règlement dont le texte suit pour l'emploi de la subvention allouée par la Ville de Paris à la Faculté de droit, à la Faculté de médecine et à l'Ecole supérieure de pharmacie.

Règlement. — *Art.* 1er. Une subvention municipale de 6.000 fr. renouvelable chaque année, est accordée à la Faculté de médecine de Paris. — *Art.* 2. Cette subvention est applicable : 1° principalement à la fondation de bourses d'études de douze cents francs chacune ; 2° exceptionnellement à la fondation de bourses de voyages à l'étranger, dont le montant est fixé dans chaque cas particulier, par décision spéciale du Conseil municipal. — *Art.* 3. Ces bourses ne peuvent être accordées qu'aux élèves nés soit à Paris, soit au moins dans le département de la Seine, ou dont les parents y sont domiciliés depuis cinq ans au moins. A égalité de titres, elles sont attribuées de préférence au candidat dont la famille y est domiciliée depuis longtemps.

I. Bourses d'études. — *Art.* 4. Les bourses d'études ont pour objet de venir en aide aux jeunes gens qui n'ont pas les ressources nécessaires pour développer leur instruction. Elles sont réservées, en principe, à des élèves ayant suivi les cours de la Faculté depuis un an au moins et ayant obtenu des notes satisfaisantes aux examens de l'année précédente ; exceptionnellement, une fraction de bourse pourra être accordée à des élèves de 1re année. Les bourses ou fractions de bourses sont accordées pour un an, par le Conseil municipal, sur la proposition de la Faculté, après avis du Préfet. Elles pourront être renouvelées. — *Art.* 5. Le montant des bourses est ordonnancé au nom du doyen de la Faculté qui le remet au bénéficiaire par fraction d'un quart, au début de chaque trimestre de l'année scolaire ; cependant, en ce qui concerne le premier trimestre de l'année scolaire, en raison de la date de réouverture des cours et des délais nécessités par l'instruction des demandes, la fraction correspondante peut être payée à l'expiration de ce trimestre, en même temps que celle du deuxième trimestre.

II. Bourses de voyage. — *Art.* 6. Les bourses de voyage se divisent en bourses de voyage d'études, accordées aux aspirants au doctorat, et en bourses de voyage de recherches, accordées, sur le vu d'un programme, aux docteurs reçus depuis moins de quatre ans. Les unes et les autres sont accordées sur la proposition de la Faculté et sur l'avis du Préfet de la Seine, par le Conseil municipal, qui en fixe le montant. — *Art.* 7. Au retour de leur voyage, les titulaires d'une bourse de voyage de recherches doivent consigner dans un rapport les résultats de leurs études sur les matières du programme arrêté par le Conseil municipal. Les titulaires de bourses de voyage d'études devront également adresser un rapport sur leurs travaux. Ces rapports seront transmis au Conseil municipal avec les observations de la Faculté. — *Art.* 8. Le montant des bourses de voyage est ordonnancé au nom du doyen de la Faculté qui le remet, en une seule fois, au bénéficiaire, au moment de son départ.

III. Instruction des demandes. — *Art.* 9. Les demandes de bourses seront déposées par les candidats au secrétariat de la Faculté avant le 15 novembre. Elles doivent être transmises, avant le 15 décembre, à M. le Préfet de la Seine qui les soumet, avec son avis, au Conseil municipal. — *Art.* 10. Toutes les demandes déposées doivent être transmises, chacune accompagnée d'un avis spécial. La Faculté propose tous les candidats qui lui paraissent dignes d'une bourse ; elle indique pour eux ses préférences. — *Art.* 11. A la liste de présentation sont joints les dossiers des candidats. Chacun de ces dossiers comprend nécessairement les notes, renseignements, indication des travaux précédemment exécutés par les élèves, etc., de nature à éclairer le Conseil sur la situation de fortune et le mérite des candidats. En ce qui concerne les bourses de voyage de recherches, les dossiers des candidats doivent contenir, en outre, les programmes rédigés par les élèves et dont il est question à l'art. 6 ci-dessus. — *Art.* 12. Le Conseil municipal, sur le vu des propositions et des justifications qui lui sont soumises, dresse la liste des élèves auxquels est accordée une bourse d'étude, décide s'il y a lieu d'accorder des bourses de voyage, et fixe, dans ce cas, le montant de la somme affectée aux dites bourses, et les élèves qui doivent en bénéficier. — *Art.* 13. Aucune bourse ne peut être accordée au nom de la Faculté de droit, de la Faculté de Médecine et de l'Ecole supérieure de pharmacie, en dehors des propositions de la Faculté ou école. — *Art.* 14. Le Secrétaire général de la Préfecture et l'Inspecteur d'Académie, directeur de l'Enseignement primaire de la Seine, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, d'assurer l'exécution du présent arrêté.

IV. Gratuité. — Ne sont passibles d'aucun droit, en vertu du règlement du 27 novembre 1834 et des arrêtés des 26 novembre et 2 décembre 1865 : *Règlement du 27 novembre* 1834. 1° les fils de professeurs de Faculté, dans la Faculté où leur père professe ou est mort dans l'exercice de ses fonctions (*Décret du 25 janvier 1807 et jurisprudence*) ; 2° les élèves qui ont obtenu les prix d'honneur au concours général dans toutes les Facultés où ils se présentent. — *Arrêtés des 23 novembre et 2 décembre* 1864. L'élève qui a remporté, soit dans le concours général des lycées et collèges des départements, soit dans le concours général des lycées et collèges de Paris et de Versailles, le prix d'histoire en rhétorique, n'est passible d'aucun droit dans toutes Facultés ou Ecoles dont il suivra les cours.

V. Exonérations. — *Exonérations de droit.* Sont dispensés de payer les droits d'inscription : les boursiers, les fonctionnaires des établissements d'enseignement secondaire et primaire. — a) *Boursiers.* La dispense du droit d'inscription est accordée aux boursiers d'études près la Faculté à laquelle ils sont attachés. (*Circul. du* 14 *novembre* 1890). Les boursiers entretenus près les établissements d'enseignement supérieur, par les départements, les communes ou les particuliers, sont admis, aux mêmes titres que les boursiers de l'Etat, au bénéfice de la gratuité du droit d'inscription, à la condition expresse que les subventions allouées par

lesdits départements, communes ou particuliers, soient rattachées en temps voulu au budget des fonds de concours (*Instruction du 1er avril* 1887. — b) *Fonctionnaires des établissements d'enseignement.* Sont dispensés du droit d'inscription, tous les répétiteurs titulaires, stagiaires, auxiliaires des établissements d'enseignement secondaire publics, lycées et collèges entretenus par l'Etat ou par les villes (*Circul. du* 25 *août* 1887). La dispense du droit d'inscription est accordée aux fonctionnaires des établissements publics d'enseignement secondaire, aux élèves de l'Ecole normale de Cluny et aux fonctionnaires de l'enseignement primaire public (*Circul. du* 14 *avril* 1888). Les fonctionnaires des établissements publics d'enseignement secondaire et d'enseignement primaire, les fonctionnaires régulièrement agréés au collège Stanislas, au collège Sainte-Barbe et à l'Ecole Alsacienne, candidats aux agrégations de l'enseignement secondaire, sont dispensés des droits d'immatriculation, s'ils sont en activité ou en congé d'un an (*Arrêté du* 11 *mars* 1898). — c) *Fils de professeurs et lauréats.* Les étudiants visés par le règlement du 27 novembre 1834, les arrêtés des 26 novembre et 2 décembre 1864, sont exonérés des droits d'immatriculation et de travaux pratiques (*Déc. min. du 1er juin* 1898). — d) *Dispense du droit d'immatriculation en faveur des boursiers.* Les boursiers des Facultés sont dispensés du droit d'immatriculation, tout en restant soumis aux droits de bibliothèque correspondants, ainsi qu'aux droits de travaux pratiques et de laboratoires, s'il y a lieu. Conformément à la règle générale, la dispense du droit d'immatriculation n'est pas attachée à la possession d'un quart de bourse et ne peut être attribuée qu'aux étudiants titulaires d'une demi-bourse au moins. Cette mesure ne s'applique qu'aux boursiers possesseurs de toutes les instructions réglementaires (*Circul. rect. du* 10 *decembre* 1898). — e) *Dispense du droit d'immatriculation en faveur des internes des hôpitaux.* Les internes titulaires des hôpitaux de Paris sont dispensés du paiement des droits d'immatriculation et de bibliothèque. Quant aux internes provisoires, ils demeurent soumis à la règle commune, c'est-à-dire qu'ils auront à payer les droits d'immatriculation et de bibliothèque, mais seulement lorsqu'ils demanderont, soit à suivre les cours, conférences et travaux de la Faculté, soit à fréquenter la bibliothèque (*Déc. min. du* 22 *decembre* 1898). — f) *Elèves de la Faculté des Sciences.* Les étudiants régulièrement inscrits dans une Faculté ou Ecole de l'Université de Paris peuvent, sans acquitter de nouveaux droits d'inscription et de bibliothèque, se faire inscrire à la Faculté des Sciences en vue du certificat d'études supérieures de géographie physique. Ils sont tenus d'acquitter les droits de travaux pratiques afférents à cet examen. Les étudiants en médecine, inscrits en vue d'un certificat d'études supérieures à la Faculté des Sciences, peuvent être individuellement dispensés, par décision du doyen, de l'assiduité aux travaux pratiques, mais ils sont tenus d'acquitter intégralement les droits (*Arrêté du* 11 *mars* 1898). — *Exonérations facultatives accordées par la Faculté.* Peuvent être dispensés du droit d'inscription, un dixième des étudiants astreints à ce droit de la Faculté. Chaque année, avant l'ouverture des cours, et dans les limites prévues par la loi, le Ministre de l'Instruction publique fixe, sur la proposition du conseil de l'Université, le nombre des étudiants qui peuvent être dispensés du droit d'inscription. Le doyen, après avis du conseil de la Faculté, désigne, jusqu'à concurrence du nombre fixé par le Ministre, les étudiants dispensés facultativement. Les dispenses sont accordées pour une année scolaire et sont renouvelables.

Elles peuvent être retirées dans le courant de l'année par le doyen, après avis du Conseil de la Faculté, pour défaut de travail ou d'assiduité aux travaux pratiques, ou au stage hospitalier. Elles sont retirées à tout étudiant qui encourt une peine disciplinaire. Lorsque la dispense est retirée à un étudiant, il en est fait mention au dossier de ce dernier. La dispense des droits d'inscription n'entraine pas celle des droits de bibliothèque et de travaux pratiques, qui sont payés suivant la règle, lors de la prise des inscriptions. Les demandes en vue de la dispense des droits d'inscriptions sont adressées au doyen du 15 octobre au 1er novembre ; elles sont libellées sur papier timbré et accompagnées d'un état certifié par le maire, énonçant la situation de fortune de l'étudiant et de sa famille. Pour la dispense des droits d'inscription de 1re année, il faut encore joindre un extrait du dossier scolaire, certifié par le chef ou les chefs des établissements d'enseignement secondaire où le postulant a fait ses dernières études. La gratuité des inscriptions est un privilège essentiellement national, qui ne peut être concédé qu'aux Français. (*Dép. min. du* 22 *avril* 1887.)

Note destinée à renseigner les étrangers.

Les étrangers sont immatriculés à la Faculté de Médecine de Paris, soit en vue de la recherche du diplôme de docteur en médecine, soit au titre d'étudiants libres.

I. — *Immatriculation en vue de la recherche d'un grade.*

Les étrangers immatriculés en vue de la recherche du grade de docteur en médecine se divisent en deux groupes : ceux qui recherchent le diplôme de l'Etat et ceux qui recherchent le diplôme universitaire.

1. — *Diplôme d'Etat.* — Le diplôme d'Etat français de docteur en médecine confère le droit d'exercice dans toute l'étendue du territoire français. Les règles relatives à l'immatriculation en vue de ce diplôme sont les mêmes pour les étudiants de nationalité étrangère que pour les étudiants français. Ils doivent justifier des grades requis par le décret du 31 juillet 1893, accomplir la scolarité réglementaire, et subir tous les examens.

Grades. — Diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique, lettres philosophie et certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Scolarité. — La durée de la scolarité réglementaire est de quatre années au cours desquelles les étudiants prennent trimestriellement seize inscriptions.

Examens. — Les examens sont subis dans l'ordre établi par le décret du 31 juillet 1893, et conformément au programme ci-après : *1er examen.* Comporte une épreuve pratique et une épreuve orale. — a) *Epreuve pratique* : Dissection ; b) *Epreuve orale* : Anatomie, moins l'anatomie topographique. — *2e examen* : Histologie, physiologie, y compris la physique biologique et la chimie biologique (épreuve orale). — *3e examen* : Divisé en deux parties : a) *1re partie* : 1° *Epreuve pratique* : Médecine opératoire et anatomie topographique ; 2° *Epreuve orale* : Anatomie topographique, pathologie externe, accouchements ; b) *2e partie* : 1° *Epreuve pratique* : Anatomie pathologique ; 2° *Epreuve orale :* Pathologie générale. parasites animaux, végétaux, microbes, pathogie interne. — *4e examen* : Thérapeutique, hygiène, médecine légale, matière médicale, pharmacologie, avec les applications des sciences physiques et naturelles (épreuve orale). — *5e examen :* Divisé en deux parties : a) *1re partie* : Clinique externe, clinique obstétricale ; b) *2e partie :* Clinique interne. — *Thèse* : Sur un sujet au choix du candidat.

2. — *Diplôme universitaire.* — Le diplôme de docteur en médecine de l'Université de Paris est d'ordre purement scientifique et ne vaut que comme preuve scientifique. Il ne confère aucun des droits et privilèges attachés au diplôme d'Etat et, en aucun cas, il ne peut lui être déclaré équivalent. Ce diplôme est délivré, dans les formes prévues par le décret du 21 juillet 1897 et la délibération du Conseil de l'Université de Paris en date du 28 mars 1898, aux étudiants étrangers qui ont obtenu de faire leurs études et de subir leurs examens à la Faculté de Médecine de Paris, avec dispense du grade de bachelier. Toutes les dispenses de grades et de scolarité sont accordées à titre onéreux. Voici l'énumération des formalités à remplir et des pièces à produire pour l'obtention de ces dispenses, avec l'indication des droits à acquitter.

Demandes de dispenses. — Les étrangers gradués des Universités étrangères, qui désirent rechercher le diplôme de docteur en médecine de l'Université de Paris, au moyen d'une dispense du grade de bachelier, doivent adresser une demande rédigée sur papier timbré à M. le Ministre de l'Instruction publique. Cette demande est accompagnée : I. Des diplômes et certificats originaux, traduits en français et dûment légalisés, émanant des Universités étrangères où ils ont étudié, et toutes pièces de nature à établir la valeur et la durée de leurs études classiques. — II. Un acte de naissance ou un titre officiel en tenant lieu, accompagné d'une traduction authentique. Les demandes de dispenses et d'équivalences de grades doivent parvenir à M. le Ministre de l'Instruction publique avant le 1er novembre. Les étrangers qui justifient de certificats d'études et d'examens délivrés par les Facultés de Médecine des Universités de leur pays, peuvent obtenir de M. le Ministre de l'Instruction publique une équivalence de scolarité, ou autrement dit une dispense du temps d'études, qui se traduit par la concession d'un certain nombre d'inscriptions, variant suivant la durée et la nature des études médicales faites dans leur pays. La dispense des examens probatoires correspondants aux inscriptions concédées n'est jamais accordée. Les médecins pourvus d'un diplôme étranger authentique, qui postulent le grade de docteur en médecine de l'Université de Paris, peuvent obtenir dispense partielle ou totale des inscriptions et dispense partielle des examens exigés pour ce grade.

II. — *Droits à acquitter.*

Les droits à acquitter près les Facultés des Lettres, des Sciences et de Médecine sont :

1° Facultés des lettres et des sciences. — *Faculté des Lettres.* — Equivalence ou dispense du baccalauréat de l'enseignement secondaire classique... 120 fr.

Faculté des Sciences. — Certificat d'études physiques, chimiques et naturelles. 300

Faculté de médecine, *Diplôme d'Etat* — 16 inscrip-

tions de doctorat en médecine à 32 francs 50, y compris le droit de bibliothèque	520
Travaux pratiques correspondant aux dites inscriptions	240
Sept examens à 55 francs l'un	385
Thèse	240
Diplôme universitaire	
16 inscriptions trimestrielles à 30 francs, soit	480
16 droits trimestriels de bibliothèque à 2 fr. 50, soit	40
16 droits trimestriels de travaux pratiques à 15 fr., soit	240
8 examens ou épreuves à 80 francs, soit	640
Total	3.205

III. — *Immatriculation au titre d'étudiant libre.*

Nul n'est admis aux travaux de la Faculté, s'il n'est porté comme étudiant sur le registre d'immatriculation. L'immatriculation au titre d'étudiant libre a lieu sur demande accompagnée de diplômes ou certificats. Elle ne vaut que pour l'année scolaire et peut être renouvelée sur simple déclaration. Une carte, qui n'est valable que pour l'année scolaire, est délivrée à tout étudiant immatriculé. A l'immatriculation est attaché un double droit : le droit d'immatriculation proprement dit et le droit de bibliothèque.

Droit annuel d'immatriculation pour études	20
Droit annuel de bibliothèque	10

Les étudiants libres, immatriculés, peuvent être admis, sur leur demande, à participer aux divers travaux pratiques après versement d'un droit trimestriel de 50 francs correspondant à chacun des travaux pratiques. Le droit trimestriel à acquitter par MM. les étudiants admis dans les laboratoires de recherches est également de 50 à 150 francs. MM. les docteurs étrangers sont admis à fréquenter la Bibliothèque de la Faculté, en acquittant seulement le droit de bibliothèque, soit 10 francs, sans être soumis au versement du droit d'immatriculation de 20 francs.

IV. *Matières traitées.*

1. Semestre d'hiver. — Cours magistraux : 1° Physique biologique ; 2° anatomie ; 3° histologie ; 4° physiologie ; 5° pathologie chirurgicale ; 6° pathologie médicale ; 7° pathologie expérimentale et comparée ; 8° anatomie pathologique ; 9° thérapeutique ; 10° pharmacologie et matière médicale ; 11° histoire de la médecine et de la chirurgie ; 12° médecine légale (conférences pratiques). — Cours cliniques : I. *Cliniques médicales* : 1° Hôpital de la Pitié ; 2° hôpital Saint-Antoine ; 3° Hôtel-Dieu ; 4° hôpital de la Charité. — II. *Cliniques chirurgicales* : 1° Hôtel-Dieu ; 2° hôpital Necker; 3° hôpital de la Charité ; 4° hôpital de la Pitié.— III. *Cliniques spéciales:* 1° Maladies mentales (asile Sainte-Anne) : 2° maladies des enfants (hôpital des Enfants-Malades) ; 3° maladies cutanées et syphilitiques (hôpital Saint-Louis) ; 4° maladies nerveuses (hospice de la Salpêtrière) ; 5° maladies des yeux (Hôtel-Dieu) ; 6° maladies des voies urinaires (hôpital Necker.) — IV. *Cliniques d'accouchement:* 1° Clinique Baudelocque ; 2° clinique Tarnier. — *Conférences* : 1° Chimie biologique ; 2° anatomie (cours du chef des travaux) ; 3° pathologie générale élémentaire ; 4° pathologie interne : 5° pathologie externe ; 6° médecine légale ; 7° hygiène ; 8° obstétrique ; 9° maladies de la peau. — *Travaux pratiques* : 1° Physique biologique; 2° chimie biologique ; 3° dissection ; 4° histologie ; 5° anatomie pathologique ; 6° parasitologie. — *Musées* : 1° Musée Orfila (anatomie normale) ; 2° musée Dupuytren (anatomie pathologique). Ouverts aux élèves tous les jours, de 11 heures à 4 heures. — *Bibliothèque* : ouverte tous les jours de 11 heures du matin à 6 heures de l'après-midi, et tous les soirs de 7 h. 1/2 à 10 1/2. — *Laboratoires de recherches et d'enseignement* : 1° Anatomie ; 2° médecine opératoire ; 3° pathologie expérimentale et comparée ; 4° therapeutique ; 5° pharmacologie et matière médicale ; 6° physique ; 7° toxicologie : 8° histoire naturelle ; 9° physiologie ; 10° pathologie et thérapeutique générales ; 11° chimie ; 12° pathologie externe ; 13° hygiène ; 14° anatomie pathologique ; 15° histologie. — *Enseignements spéciaux* : 1° Laryngologie, rhinologie et otologie (cours et exercices pratiques) ; 2° enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie ; 3° bactériologie.

2. Semestre d'été. — *Cours magistraux* : 1° Chimie appliquée à la médecine ; 2° opérations et appareils ; 3° pathologie interne; 4° pathologie et thérapeutique générales ; 5° histoire naturelle médicale : 6° hygiène ; 7° médecine légale. — *Cours cliniques* : Comme dans le semestre d'hiver. — *Cours complémentaires* : 1° Pathologie externe ; 2° accouchements. — *Conférences :* 1° Physique biologique ; 2° anatomie ; 3° histologie ; 4° physiologie ; 5° pathologie interne : 6° pathologie externe ; 7° thérapeutique ; 8° anatomie pathologique ; 9° maladies de la peau. — *Travaux pratiques* : 1° Physique biologique ; 2° histologie ; 3° physiologie ; 4° chimie pathologique ; 5° médecine opératoire ; 6° anatomie pathologique. — *Musées, Bibliothèque, Laboratoires de recherches et d'enseignement.—Enseignements spéciaux.*—Comme dans le semestre d'hiver. Le programme des cours de la Faculté est publié, savoir : 1° pour le semestre d'hiver, vers le 15 octobre ; 2° pour le semestre d'été, vers le 15 février.

Les étudiants inscrits dans les Ecoles préparatoires réorganisées, subissent le premier et le second examen devant l'Ecole à laquelle ils appartiennent. Les étudiants inscrits dans les Ecoles de plein exercice subissent devant ces Ecoles les premier, deuxième et troisième examens. Le jury est présidé par un Professeur de Faculté délégué par le Ministre.

Immédiatement après les épreuves, le président du jury adresse au Ministre un rapport sur les résultats des examens. Les sessions d'examen ont lieu, dans les Ecoles de plein exercice et dans les Ecoles préparatoires réorganisées, deux fois par an, aux dates fixées par le Ministre.

Les étudiants inscrits dans les Ecoles préparatoires non réorganisées subissent le premier et le second examen devant une Faculté aux époques fixées par ces établissements. En cas d'ajournement, ils sont tenus de se représenter devant la même Faculté.

Grades exigés pour le doctorat en médecine. — Programme des examens probatoires. — Jugement des épreuves. — Délais d'ajournement. (Décret du 24 juillet 1899.)

Art. 1er. — Les aspirants au doctorat en médecine doivent produire, pour prendre la première inscription : soit le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (Lettres-Philosophie) et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ; soit, avec dispense du baccalauréat (Lettres-Philosophie), les quatre certificats d'études supérieures ci-après désignés, délivrés par une Faculté des sciences : Physique, Chimie, Botanique, Zoologie ou Physiologie générale ou Embryologie générale.

Art. 2. — Les examens en vue du doctorat en médecine portent sur les matières suivantes : *Premier examen* : Epreuve pratique : dissection ; épreuve orale : anatomie, moins l'anatomie topographique. — *Deuxième examen* : Epreuve orale : histologie, physiologie, y compris la physique biologique et la chimie biologique. — *Troisième examen* : Première partie : Epreuve pratique: médecine opératoire et anatomie topographique ; épreuve orale : anatomie topographique, pathologie externe, accouchements. Deuxième partie : Epreuve pratique : anatomie pathologique, parasitologie, chimie pathologique, etc. ; épreuve orale, pathologie générale, parasites animaux, végétaux, microbes ; pathologie interne. — *Quatrième examen* : Epreuve orale : thérapeutique, hygiène, médecine légale, matière médicale, pharmacologie avec les applications des sciences physiques et naturelles. — *Cinquième examen* : Première partie : Clinique externe, clinique obstétricale. Deuxième partie : Clinique interne. — Thèse sur un sujet au choix du candidat.

Art. 3. — Les épreuves pratiques sont éliminatoires. En cas d'échec à l'épreuve orale consécutive à l'épreuve pratique, le bénéfice de l'épreuve pratique reste acquis.

Art. 4. — A chaque épreuve, la durée du délai d'ajournement est de trois mois au premier échec. A chaque nouvel échec, à la même épreuve, cette durée est augmentée de trois mois. Il ne peut être accordé d'abréviation du délai d'ajournement qu'au premier échec à une épreuve. Ces dispositions ne sont pas applicables à l'épreuve pratique de médecine opératoire (1re partie du 3e examen) pour laquelle la durée du délai d'ajournement est fixée à six semaines.

Art. 5. — Le jugement du jury d'examen s'exprime par les notes suivantes ; Boule blanche, *très bien* ; boule blanche-rouge, *bien* ; boule rouge, *assez bien* ; boule rouge-noire, *médiocre* ; boule noire, *mal*. Pour les examens à matière unique (1er examen, 2e partie du 3e examen, et 5e examen, régime de 1893), est ajourné tout candidat qui a mérité *deux boules noires*. Deux rouges-noires équivalent à une boule noire. Pour les examens à matières multiples (2e examen, 1re partie du 3e examen, et 4e examen régime de 1893), est ajourné tout candidat qui a mérité *une boule noire* pour une des matières de l'examen. L'ajournement ne porte que sur cette matière, et, dans ce cas, il est d'une durée de six semaines.

Art. 6. — Les dispositions du présent décret seront mises à exécution à dater de la session de juillet-août 1900.

Art. 7. — Sont abrogées les dispositions de l'art. 4 du décret du 26 décembre 1875 contraires à celles du présent décret. Sont également abrogés les art. 2 et 4 du décret du 31 juillet 1893.

Art. 8. — Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Bibliothèque. — Musées. — Renseignements divers.

Musées.— 1° *Musée Orfila* à l'Ecole de Médecine, consacré à l'anatomie normale et à la zoologie. On y a adjoint un droguier à

peu près complet, et il est d'une grande utilité pour les étudiants de première année de venir le consulter. Il contient un fonds de pièces un peu disparates, mais curieuses : une collection d'anatomie topographique due aux pièces sèches du concours du prosectorat qui renferme une série de préparations intéressantes, mais beaucoup de doubles, et qui demanderait surtout à être complétée, ou enfin les belles injections de lymphatiques données par M. le Dr Sappey, ainsi que les coupes du système nerveux de MM. Sappey et Duval. C'est plutôt, on le voit, un assemblage de collections d'un musée : mais la plupart de ces collections sont d'un grand intérêt.

Les réparations nécessitées par la terminaison de la Faculté de Médecine ont nécessité la dispersion momentanée des collections du Musée Orfila, qui seront avant peu réunies dans de nouvelles salles bien aménagées et spécialement construites pour les contenir.

2° *Musée Dupuytren*, à l'Ecole pratique 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. Délégué dans les fonctions de *Conservateur* : M. Legry. Ce musée, consacré à l'anatomie pathologique, est ouvert tous les jours, de 11 heures à 4 heures en hiver et de 11 heures à 5 heures en été.

Ce musée, qui renferme un grand nombre de pièces très rares, est installé d'une façon insuffisante. Il n'occupe, en effet, que la moitié du réfectoire de l'ancien couvent des Cordeliers, alors que la totalité de cette salle, malheureusement coupée en deux pour des installations qui devaient être transitoires, eût été à peine suffisante. Les nouvelles constructions de l'Ecole pratique, déjà occupées par les laboratoires, ne peuvent d'autre part recueillir le trop-plein du musée et pourtant la richesse des pièces pathologiques qu'on peut recueillir à Paris est telle qu'on pourrait faire de ce musée un des plus grands du monde. Quels fruits les élèves, le livre à la main, en retireraient pour l'étude de tous les types pathologiques ! Pour apprendre, il faut voir et comprendre, et quelque assidu qu'on soit aux autopsies dans les Cliniques, on ne peut tout voir. Les résultats obtenus par nos rivaux étrangers nous montrent la nécessité d'apporter promptement des réformes considérables dans l'aménagement intérieur et dans la disposition du Musée Dupuytren. Tel qu'il existe, il est cependant organisé de telle sorte que les pièces envoyées de tous les points du monde y soient préparées, montées et mises en vitrine dans le plus bref délai possible, avec l'indication de leur provenance et le nom des donateurs.

Les pièces anatomiques et les dessins du Musée du Pr Lannelongue, à l'hôpital Trousseau, sont, en raison de la désaffectation de cet hôpital, légués au Musée Dupuytren ; ce Musée comprend plus de 650 pièces ayant, pour la plupart, trait aux affections des os. La Société anatomique augmente, en outre, continuellement le Musée Dupuytren, en demandant que les pièces qui lui sont présentées soient données au Musée.

Annexe d'histologie : *Salle Pilliet.* — M. le Dr Legry a continué dignement l'œuvre de son regretté prédécesseur, le Dr Pilliet, et l'ancien laboratoire de M. le Pr Mathias-Duval, qui vient d'être annexé au Musée Dupuytren, contient déjà tous les éléments d'un riche Musée d'histologie. Le nom de salle Pilliet a été donné à juste titre à cette nouvelle fondation, car elle comprend une magnifique collection de 18,000 coupes histologiques ayant trait à l'histologie normale (surtout à celle du nouveau-né), à l'histologie comparée et à l'histologie pathologique, collection classée avec méthode et résultant du travail incessant de l'habile et savant micrographe que fut le Dr Pilliet. Cette salle s'est déjà enrichie de nombreuses préparations recueillies par M. Legry, et les dons des membres de la Société anatomique en augmenteront encore le nombre. Cette salle est ouverte aux travailleurs comme le Musée Dupuytren, et un microscope est mis à la disposition de ceux qui voudront examiner les préparations.

3° *Musée de Médecine opératoire et Appareils.* — Ce Musée élaboré par M. le Pr Terrier, et son préparateur, M. Marcel Baudouin, est en voie de réalisation. M. le Pr Berger désire terminer l'œuvre de son prédécesseur, et il réunira autant que possible les collections d'appareils et d'instruments pour en faire une section du Musée Dupuytren.

4° Le *Musée d'Instruments de Physiologie*, dû à l'initiative de M. Ch. Verdin, est désormais complètement organisé. Il se compose de deux salles, situées à l'Ecole pratique, au-dessus du laboratoire d'Hygiène. Dans la salle principale se trouvent six vitrines remplies d'instruments ; l'autre est réservée aux grands appareils, par exemple le schéma de la circulation et les tables à vivisection, etc., etc. Déjà l'une des vitrines est consacrée à l'*histoire* des Instruments en Physiologie.

5° Le *Laboratoire de Parasitologie* renferme une très importante collection de parasites de l'homme et des animaux, ainsi que de pièces anatomo-pathologiques se rapportant à la parasitologie. Cette collection, créée par M. le professeur R. Blanchard et constituée pour la plus grande partie par sa collection personnelle, renferme aussi les collections de Davaine et Laboulbène.

En outre, une petite collection de parasites, renfermant tous les types qu'un médecin doit connaître, a été organisée dans ce même laboratoire et est mise à la disposition des élèves, en vue de la préparation de l'épreuve pratique d'anatomo-pathologie.

Bibliothèque. — La Bibliothèque de la Faculté de Médecine est ouverte de 11 heures du matin à 6 heures du soir, et de 7 heures 1/2 à 10 heures 1/2 du soir. Depuis quelques années, grâce à l'insistance du *Progrès médical*, les ouvrages récents et les journaux de médecine sont mis à la disposition des étudiants, aussitôt après leur apparition. — *Bibliothécaire* : M. Hahn ; — *Bibliothécaire-adjoint* : M. Gouault. — *Sous bibliothécaire* : M. Hahn (Lucien).

Avis a MM. les Etudiants. — M. le *Secrétaire* reçoit les étudiants dans son cabinet, les jeudis et samedis, de une heure à 2 heures.

Laboratoires.

Laboratoires des Cours de la Faculté. — *Anatomie* : professeur, M. Poirier ; M. Delamare, préparateur. — *Médecine opératoire* : professeur, M. Reclus ; préparateur du cours, M. Banzet. — *Pathologie expérimentale et comparée* : professeur, M. Roger ; chef de laboratoire, M. Josué ; préparateur, M. Gargnier ; moniteur, M. Hébert. — *Thérapeutique* : professeur, M. Gilbert ; chef de laboratoire, M. Carnot ; préparateur, M. Chassevant, agrégé. — *Pharmacologie et matière médicale* : professeur, M. Pouchet ; chef de laboratoire, M. Brissemoret ; préparateur, M. Chevalier — *Physique* : professeur, M. Gariel ; préparateur, M. Turchini. — *Chimie* : professeur, M. A. Gautier ; chef des travaux de chimie biologique, M. Maillard ; préparateur du cours, M. Claussmann ; préparateur des conférences, M. Broquin Lacombe. — *Médecine légale pratique* : professeur, M. Brouardel ; chef des travaux, M. Descoust ; chef des travaux chimiques, M. Ogier ; chef des travaux anatomo-pathologiques, M. Vibert ; préparateur, M. Georges Brouardel. — *Parasitologie* : Professeur, M. R. Blanchard ; chef des travaux, M. J. Guiart, agrégé ; préparateurs, MM. E. Brumpt et Langeron ; dessinatrice, Mlle J. Charlot. — *Pathologie générale* : professeur, M. Bouchard ; chef de laboratoire, M. Desgrez ; préparateur, M. Claude.

D'une façon générale, ces laboratoires, à cause de l'exiguïté des emplacements et de la parcimonie des distributeurs du budget, ne peuvent rendre les services qu'on aurait le droit de réclamer de semblables institutions. On est obligé d'en restreindre l'usage aux médecins et aux étudiants qui font des recherches dans un but déterminé, par exemple pour leurs thèses ; ils ne sont admis qu'avec le consentement du professeur-directeur du laboratoire. On n'exige d'eux aucune rétribution ; les préparateurs les aident de leurs conseils ; les appareils sont mis à leur disposition, mais ils sont obligés généralement de payer les animaux et les objets dont ils ont besoin, toujours en raison de l'insuffisance des ressources pécuniaires des laboratoires.

Il y a encore le *laboratoire de chimie de la Faculté*, où les élèves sont admis gratuitement ; mais ils doivent payer les dépenses nécessitées par leurs études.

Laboratoire de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Chef de clinique, MM. Nattan, Larrier. — Chef de clinique adjoint — M. Crouzon. — Chef de laboratoire, M. Lœper. — Chef adjoint, M. Gourauo. - Aides-préparateurs : MM. Lacaille, Bonnier et Dehu.

Laboratoire de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. — Chef de clinique, M. Baudet. — Chef du laboratoire, M. Pettit.

Laboratoire des cliniques d'accouchements. — 1re chaire : Chef de clinique, M. Jeannin ; Chef de clinique adjoint, M. Guénot ; Chef du laboratoire, M. Nicloux ; Chef adjoint du laboratoire, M. Coudert. — 2e chaire : Chef de clinique, M. Sauvage ; chef de clinique adjoint, M. Mouchotte ; chef du laboratoire, M. Couvelaire.

Laboratoire de clinique chirurgicale de la Pitié. — Chef de clinique : M. Dujarrier ; Chef du laboratoire, M. Mignot.

Laboratoire de clinique médicale de Laënnec : Ch. de clin. M. Bernard (Léon) ; adj., M. Lortat-Jacob ; chef de laboratoire, M. Labbé (Marcel) ; chef adjoint, M. Labbé (Henri).

Laboratoire de clinique médicale de Beaujon. — Chef des travaux de bactériologie, M. Castaigne ; chef des travaux de chimie, M. Jousset ; chef de clinique, M. Sainton ; Chef de clinique-adjoint, M. Ferrano.

Laboratoire de clinique chirurgicale de la Charité : Chef de laboratoire, M. Lesné ; Chef adjoint, M. Noé ; Chef de clinique, M. Marcille.

Laboratoire de clinique médicale de Saint-Antoine. — Chef des travaux d'anat. path. et de bactériologie : M. ROSENTHAL ; Chef des travaux chimiques, M. WINTER ; Chef de clinique, M. GHIKA.

Laboratoire de clinique chirurgicale de Necker : Chef de laboratoire, M. HERRENSCHMIOT ; Chef de clinique, M. GUIBÉ ; chef adjoint, M. LÉO.

Laboratoire de clinique des maladies nerveuses de la Salpêtrière. — Professeur, M. RAYMOND. — Chef de clinique, M. GUILLAIN ; Chef adjoint, M. CONSTENSOUX. — Chef du laboratoire, M. HUET. — Chef des travaux d'anatomie pathologique, M. ALQUIER.

Laboratoire de clinique des maladies des enfants. — M. GRANCHER, professeur. — Chef du laboratoire, M. VEILLON. — Chef de clinique, M. TERRIEN (Eugène). — Chef de clinique adjoint, M. Armand DELILLE.

Laboratoire de clinique ophtalmologique. — M. de LAPERSONNE, professeur. — Chef de laboratoire, M. MONTHUS. — Chef des travaux d'optique, M. PLEY. — Chef des travaux de rhinologie, M. GELLÉ. — Préparateur, M. METTEY. — Chef de clinique, M. SCRINI. — Chef de clinique-adjoint, M. POULARD.

Laboratoire de clinique des maladies mentales. — M. JOFFROY, professeur. — Chefs de laboratoire, MM. SERVEAUX et DUMAS ; chef des travaux ophtalmologiques, M. SCHRAMECK. — Chef des travaux d'électricité et de photographie, M. DUPONT. — Chef des travaux d'anatomie pathologique, M. RABAUD. — Chefs de clin., MM. ROY et JUQUELIER.

Laboratoire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. GAUCHER, professeur. — Chef de laboratoire, M. GASTOU. — Chef adjoint de laboratoire, M. ED. FOURNIER. — Chef du laboratoire de chimie, M. DESMOULIÈRES. — Chef de clinique, M. PARIS. — Chef de clinique adjoint, M. SABATIÉ.

Laboratoire de clinique des maladies des voies urinaires. — M. GUYON, professeur. — Chefs de laboratoire : M. HALLÉ, section de bactériologie et d'histologie ; M. DEBAINS, section de chimie. — Chef de clinique. M. CATHELIN ; chef de clinique adjoint, M. ISELIN.

Laboratoire de clinique gynécologique. — M. POZZI, professeur. — Chef de clin., M. DARTIGUE ; Chef de clin. adj., M. LOÉWY. — Chef de labor. d'histologie, M. LATTEUX. — Préparateur, M. BENDER ; Aide-prépar., M. ZIMMERN.

Laboratoire de clinique de chirurgie des enfants. — M. KIRMISSON, professeur. — Chef de labor., M. BIZÉ ; Préparateur, M. BASTIOU ; Chef de clinique, M. GRISEL ; Chef de clinique adjoint : M. TRIDON.

Droits afférents aux Etudes médicales.

1° *Droits obligatoires.*

Les droits sont de 30 fr. pour chaque inscription ; soit 480 fr. pour les seize.

Les droits d'examens sont fixés ainsi qu'il suit :

NOUVEAU RÉGIME.

1er examen			55 fr. (1).
2e examen			55
3e examen.	1re partie	55	110
	2e —	55	
4e examen			55
5e examen.	1re partie	55	110
	2e —	55	
Thèse			240

Droits à percevoir au profit des Universités. (Extrait du décret du 31 juillet 1897.)

Article premier. — Le tarif des droits dont recette est faite aux budgets des Universités est fixé ainsi qu'il suit : Droits à acquitter par tous les étudiants : Droit annuel d'immatriculation d'études, 20 fr. ; Droit annuel de bibliothèque, 10 fr. Le droit d'immatriculation n'est pas dû par les étudiants assujettis au droit d'inscription. *Facultés de Médecine.* — Droits à acquitter par les aspirants au doctorat pendant la période scolaire : Droit trimestriel d'inscription, 30 fr. ; Droit trimestriel de travaux pratiques, 15 fr. Droits à acquitter par les étudiants admis dans les laboratoires de recherches : Droit trimestriel, 50 à 150 francs, suivant décision du conseil de la Faculté.

Règlement du 27 novembre 1834. — ART. 56. — Ne sont passible d'aucun droit : 1° Les fils de professeurs de Faculté dans la Faculté où leur père professe ou est mort dans l'exercice de ses fonctions (décret du 25 janvier 1807 et jurisprudence) ; 2° Les élèves qui ont obtenu les prix d'honneur au concours général dans toutes les Facultés où ils se présentent ; 3° Les élèves de l'Ecole normale dans les facultés des sciences et des lettres de Paris (décret du 17 mars 1808, art. 114 et 116 en jurisprudence).

Arrêtés des 20 février, 10 avril et 30 mai 1854. — Chacun des lauréats des Facultés de médecine a droit au remboursement des droits d'inscription afférents à l'année scolaire à laquelle se rapporte le concours dont il aura fait partie.

Arrêtés des 26 novembre et 2 décembre 1864. — L'élève qui a remporté, soit dans le concours général des lycées et collèges des départements, soit dans le concours général des lycées et collèges de Paris et de Versailles, le prix d'histoire en rhétorique, n'est passible d'aucun droit dans toutes les Facultés ou Ecoles dont il suivra les cours.

Décret du 21 avril 1869. — ART. 4. — Dans les Ecoles supérieures de pharmacie, les lauréats de première et de deuxième année seront dispensés des droits d'inscriptions et d'examens semestriels afférents à l'année scolaire suivante, le lauréat de troisième année aura la dispense des droits des deux premiers examens de fin d'études et des certificats d'aptitude correspondants.

Un lauréat qui aurait obtenu successivement le prix de première, de deuxième et de troisième année jouira de la gratuité complète des droits qui lui resteront à acquitter pour obtenir le diplôme de pharmacien de 1re classe.

Loi de finances du 26 février 1887. — Les étudiants inscrits dans les Facultés de médecine, dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, dans les Ecoles supérieures de pharmacie, dans les Ecoles de plein exercice et dans les Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie peuvent, sans acquitter de nouveaux droits, se faire inscrire dans les Facultés des sciences. Un décret rendu en la forme des règlements d'administration publique, après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique, déterminera les formes suivant lesquelles les dispenses du droit d'inscription seront accordées. Le même règlement fixera les dates des versements des droits de bibliothèque, de travaux pratiques et d'inscription.

1° *Versement des droits afférents aux études médicales.* — Les étudiants ou leurs familles ont la faculté d'effectuer le versement des droits afférents aux études médicales à la caisse du receveur des droits universitaires (25, quai des Grands-Augustins, à Paris) ou dans les départements, aux caisses des trésoriers généraux et des receveurs des finances. Ce versement a lieu sur la production d'un bulletin de versement délivré par le secrétaire de la Faculté (art. 1 et 4 du décret du 25 juillet 1882). Dans le cas où le versement est fait en province, il en est délivré un récépissé à talon qui doit être adressé immédiatement au secrétaire de la Faculté.

2° *Bulletins de versement pour inscriptions et consignations. Jours et heures auxquels ils sont délivrés.* — Les bulletins de versement des droits de travaux pratiques, de bibliothèque et d'inscriptions sont délivrés aux dates et jours indiqués plus haut.

3° *Annulation des bulletins de versement.* — Sont annulés les bulletins de versement dont le montant n'a pas été versé deux jours après la date qu'ils portent. Un délai de huit jours est accordé pour les versements à faire en province. Dans ce dernier cas, déclaration expresse doit être faite au registre sur lequel l'étudiant s'inscrit. Les bulletins de versement annulés ne sont renouvelés que sur demande écrite et après autorisation du Doyen.

4° *Remboursement des consignations pour examens. — Motifs de la restitution des droits consignés.* — Le remboursement des consignations (intégral ou partiel) a lieu à la caisse du receveur des droits universitaires, ou aux caisses des trésoriers généraux et des receveurs des finances, sur la production, par l'ayant droit : 1° de la quittance à souche ou du récipissé à talon justificatif du versement ; 2° d'un ordre de remboursement délivré par le secrétaire de la Faculté, énonçant les motifs de la restitution des droits consignés (art. 8 du décret du 25 juillet 1882, et circulaire du Ministre des Finances en date du 29 septembre 1882). Les ordres de remboursement sont délivrés tous les jours, au Secrétariat, de midi à 3 heures. Le remboursement des consignations est partiel ou intégral. Il est partiel dans le cas d'ajournement ou d'absence à un examen ; il est intégral dans diverses circonstances (renonciation aux études, maladie, etc.). Les absences aux examens pour cause de maladie peuvent être excusées sur présentation d'un certificat médical délivré par un professeur ou agrégé de la Faculté, ou bien par un médecin ou chirurgien des hôpi-

(1) Cette somme est ainsi divisée :

Droits d'examen	30 fr.
Droits de certificat d'aptitude	25

Pour la thèse :

Droits d'examen	100 fr.
Droits de certificat d'aptitude	40
Droits de diplôme	100

taux. Le certificat médical doit être produit soit avant les examens, soit dans les 48 heures qui suivent. Les absences aux examens pour tout autre motif sont appréciées par le Doyen, par la commission scolaire, ou par les jurys des examens.

Avis divers.

5° *Mise en séries des candidats aux examens.* — Les candidats Inscrits pour subir leurs examens sont placés en série d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté. Dans le cas de consignation des droits d'un examen par la famille, l'étudiant n'est appelé à subir cet examen que sur sa déclaration écrite et consignée sur le registre ouvert à cet effet au Secrétariat de la Faculté. La mise en séries des candidats aux examens a lieu 15 jours au moins et trois semaines au plus après le jour de leur inscription à la Faculté, à moins que le nombre des candidats ne soit trop considérable. Ce laps de temps est indispensable pour rédiger la feuille des actes, soumettre cette feuille à la commission scolaire, la faire tirer, et, enfin, pour expédier les convocations.

6° *Thèse de doctorat. — I. Déclaration de soutenance. — II. Mise en série. — III. Dépôt des exemplaires imprimés. 1° Déclaration de soutenance.* Le candidat à la thèse de doctorat en médecine est tenu de produire, *en consignant pour le 4e examen*, un certificat du professeur qu'il a choisi pour présider sa thèse. Ce certificat indique : 1° Le professeur qui accepte la présidence de la thèse; 2° Le sujet de la thèse. (*Décision du Conseil de l'Université du 24 juin 1901*). MM. les Etudiants ayant subi avec succès la 2e partie du 3e examen peuvent retirer au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), tous les jours, de midi à 3 heures, *la formule* de certificat d'acceptation à établir par le président de la thèse.

2° *Mise en série.* — MM. les Elèves qui désirent être mis en série pour soutenir la thèse sont priés d'accomplir au préalable les formalités suivantes : A. Consigner le lundi ou le mardi (de midi à 3 heures) ; B. Déposer au secrétariat de la Faculté le mardi au plus tard avant 5 heures : 1° Le manuscrit de la thèse, revêtu de la signature du professeur qui a accepté la présidence de la thèse ; 2° L'engagement de l'imprimeur ; 3° La quittance de la consignation. La mise en série a lieu *trois semaines* après le dépôt du manuscrit.

3° *Dépôt des exemplaires imprimés. Cinq jours francs* avant la date de la soutenance, MM. les candidats doivent déposer à la Faculté *cent quatre vingt-cinq* (185) exemplaires de la thèse. Ce dépôt a lieu tous les jours, de 2 heures à 4 heures de l'après-midi. MM. les candidats qui n'auraient pas rempli cette dernière formalité seront reportés à *trois semaines* pour la soutenance de la thèse, Les fautes typographiques entraînent le refus de la thèse. Il est interdit de consigner pour la thèse avant d'avoir subi avec succès la dernière épreuve du 5e examen probatoire.

7° *Format des thèses.* — M. le Ministre de l'Instruction publique a décidé que, conformément à l'avis émis par les Conseils des Facultés de Médecine, l'art. 20 de l'arrêté du 20 prairial an XI, est abrogé. A partir de l'année scolaire 1896-97, le format des thèses de Doctorat en Médecine sera l'in-octavo.

8° *Cartes d'étudiant. Cartes d'admission aux conférences de médecine légale et à la Clinique d'accouchements.* — 1° Les cartes d'étudiant sont délivrées gratuitement au Secrétariat de la Faculté, au commencement de l'année scolaire, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et les consignations, en échange de la carte afférente à l'année précédente ; 2° Les cartes d'étudiant bénévole sont délivrées tous les jours, de midi à 3 heures, sur la production de pièces (diplômes, passeports, etc.) destinées à établir l'identité du demandeur ; 3° Les cartes d'admission aux conférences de médecine légale sont délivrées aux jours et heures et dans les conditions indiquées aux affiches spéciales ; 4° Les cartes d'admission à la clinique d'accouchements sont délivrées, de midi à 3 heures, aux étudiants justifiant, au moins, de la 13e inscription. (En cas de perte de ces cartes, le titulaire en fait la déclaration écrite au Doyen ou au Secrétaire de la Faculté, pour obtenir un duplicata, s'il y a lieu.)

Avis relatifs aux changements de résidence. — L'article 12 du décret du 21 juillet 1897, relatif au régime scolaire et disciplinaire des Universités, est ainsi conçu : « En se faisant immatriculer ou inscrire, l'étudiant est tenu de déclarer sa résidence personnelle, « ainsi que celle de ses parents ou tuteur. Il est également tenu « de déclarer tout changement de l'une ou de l'autre de ces résidences. »

Service militaire des Etudiants.

Dispense pour continuation d'études. — En temps de paix, après un an de présence sous les drapeaux, sont envoyés en congé dans leurs foyers, sur leur demande, en attendant leur passage dans la réserve, les jeunes gens qui ont obtenu ou qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir le diplome de docteur en médecine, ou le titre d'interne des hôpitaux nommés au concours dans une ville où il existe une Faculté.

Les jeunes gens qui n'auraient pas obtenu, avant l'âge de vingt-sept ans, les titres ou diplômes spécifiés, ceux qui ne poursuivraient pas régulièrement les études en vue desquelles la dispense a été accordée, seront tenus d'accomplir les deux années de service militaire dont ils avaient été dispensés.

Les bacheliers de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie), candidats au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, inscrits dans les Facultés des Sciences, comme aspirants au doctorat en médecine, bénéficient également, en vertu des dispositions de la circulaire ci-après du 20 novembre 1894, des deux dernières années de service militaire pour continuation d'études :

« Monsieur le Recteur, j'ai l'honneur de vous informer, pour confirmer mon télégramme du 7 novembre courant, que, sur ma demande, M. le Ministre de la Guerre a décidé que les bacheliers de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie), candidats au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, seront admis à bénéficier de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889 comme se préparant au doctorat en médecine.

Ces jeunes gens devront, à cet effet, produire un certificat modèle G, délivré par le Doyen de la Faculté des Sciences ou par le directeur de l'Ecole de Médecine où cet enseignement est organisé, et portant la mention « est actuellement inscrit à la Faculté des Sciences de..... et à l'Ecole de Médecine de...., comme aspirant au doctorat en Médecine (année préparatoire d'études physiques, chimiques et naturelles) ». Si l'étudiant commence ses études, cette mention sera suivie des mots : « et que la première inscription prise le..... n'est pas périmée ». Si l'étudiant a plusieurs inscriptions, la mention sera complétée par l'indication suivante : « et que ses inscriptions prises, la première le...., la deuxième, le...., etc., ne sont pas périmées. »

« Je vous prie de notifier ces dispositions à MM. les Doyen et Directeur de la Faculté et des Ecoles de Médecine, et de leur donner toute la publicité nécessaire. »

Justifications à produire. — Le règlement d'administration publique du 23 novembre 1889 détermine les justifications à produire pour obtenir la dispense des deux dernières années de service militaire.

Art. 1er. — Sont, sur leur demande (*modèle A.*), envoyés ou maintenus définitivement en congé dans leurs foyers jusqu'à la date de leur passage dans la réserve, pourvu qu'ils aient une année de présence sous les drapeaux, les jeunes gens qui obtiennent ou ont obtenu un des diplômes mentionnés à l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889, soit avant leur incorporation, soit pendant leur présence sous les drapeaux, soit pendant leur séjour en congé dans leurs foyers.

Les jeunes gens qui ont obtenu avant leur comparution devant le conseil de révision les diplômes indiqués ci-dessus doivent produire au conseil les pièces officielles constatant cette obtention.

Pour les jeunes gens présents sous les drapeaux, l'envoi en congé est prononcé par l'autorité militaire, sur le vu des diplômes ou pièces officielles. Pour les jeunes gens présents dans leurs foyers, avant leur incorporation, ou qui y sont envoyés en congé, la dispense est également prononcée par l'autorité militaire, après remise des pièces justificatives au commandant du bureau de recrutement de la subdivision de région à laquelle appartient le canton où ils ont concouru au tirage au sort. Dans ces deux derniers cas, la production des pièces justificatives doit avoir lieu dans le mois qui suit l'obtention des diplômes.

Art. 12. — Les jeunes gens qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir soit le diplôme de licencié ès lettres ou ès sciences, de docteur en droit, de docteur en médecine, de pharmacien de première classe, soit le titre d'interne des hôpitaux nommés au concours dans une ville où il existe une Faculté de Médecine, doivent, pour obtenir la dispense, présenter un certificat du doyen de la Faculté ou du directeur de l'Ecole de Pharmacie ou de médecine et de pharmacie à laquelle ils appartiennent, constatant qu'ils sont régulièrement inscrits sur les registres et que leurs inscriptions ne sont pas périmées (*modèle G*).

Art. 13. — Les jeunes gens visés à l'article précédent doivent, jusqu'à l'obtention des diplômes ou titres spécifiés audit article, produire annuellement jusqu'à l'âge de vingt-six ans (1), fixé par l'article 24 de la loi du 15 juillet 1889, un certificat établi par les doyens des Facultés ou par les directeurs des Ecoles dont il s'agit, constatant qu'ils continuent à être en cours régulier d'études. Lodit certificat doit être visé par le recteur de l'Académie.

Les registres d'inscription des Facultés, Ecoles supérieures de pharmacie, Ecoles de plein exercice et préparatoires de médecine

(1) La loi du 13 juillet 1895 a reculé à vingt-sept ans l'âge auquel les dispensés doivent fournir les justifications imposées.

et de pharmacie, sont tenus à la disposition de l'autorité militaire qui peut en prendre connaissance sans déplacement.

Les étudiants en médecine et en pharmacie qui obtiennent après concours le titre d'interne des hôpitaux dans une ville où il existe une Faculté de médecine, justifient de leur situation : à Paris, par un certificat du directeur de l'Assistance publique visé par le préfet de la Seine ; dans les départements, par un certificat du maire président de la commission administrative, visé par le préfet (*modèle G.*)

Art. 35. — Les pièces justificatives que les jeunes gens doivent produire à l'appui de leurs demandes (*modèle A*), par application des dispositions des articles 12 et 13 du décret sont présentées : 1° au conseil de révision ; 2° au commandant du bureau de recrutement, avant l'incorporation, si ces pièces n'ont été délivrées qu'après la comparution de l'intéressé. La dispense est prononcée, dans le premier cas, par le conseil de révision, et dans le second cas, par l'autorité militaire, sur le vu desdites pièces justificatives.

Art. 36. — Les dispensés doivent produire, du 15 septembre au 15 octobre de chaque année, jusqu'à l'âge de 26 ans, au commandant du bureau de recrutement de la subdivision à laquelle appartient le canton où ils ont concouru au tirage, le certificat prévu à l'art. 12, dans le but d'établir qu'ils continuent à remplir les conditions sous lesquelles la dispense leur a été accordée.

Art. 37. — L'année de service, imposée aux jeunes gens dispensés en vertu de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889, doit être uniquement consacrée à l'accomplissement de leurs obligations militaires ; sous aucun prétexte, ils ne pourront être détournés de ces obligations ni recevoir des exemptions de service à l'effet de poursuivre leurs études.

Engagement volontaire avec bénéfice de l'envoi en congé. — Par application des dispositions de la loi du 11 juillet 1892, les jeunes gens âgés de dix-huit ans accomplis, qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir le diplôme de docteur en médecine, peuvent être admis à contracter l'engagement volontaire avec le bénéfice de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889.

Voici un extrait de la circulaire de M. le Ministre de la Guerre en date du 21 juillet 1892, et relative à l'application de cette loi :

« ... Désormais, tous les jeunes gens se trouvant dans l'une des conditions indiquées à l'article 23, qu'ils soient en cours d'études ou déjà diplômés, pourront, en contractant un engagement volontaire, conserver le bénéfice de l'envoi en congé, sous la condition d'en faire la demande par écrit au moment où ils s'engagent et de produire à l'appui de cette demande les pièces justificatives qu'ils auraient à produire au conseil de révision après avoir tiré au sort, pour obtenir la dispense.

Les actes d'engagement devront, conformément aux prescriptions de l'article 8 du decret du 20 septembre 1889, porter mention de ces demandes et des pièces justificatives produites qui seront annexées à la minute de l'acte.

« Ils ne seront reçus qu'à partir du 1er octobre et jusqu'à la date annuellement fixée pour la mise en route de la classe.

« Les jeunes gens s'engagent exclusivement pour les régiments d'infanterie, d'artillerie et de génie désignés par la circulaire de répartition pour recevoir les hommes de contingent appelés pour un an dans la subdivision où leur famille est légalement domiciliée. »

Date limite de la production des diplômes ou titres exigés. La production des diplômes ou titres en vue desquels la dispense a été accordée doit être faite avant le 1er novembre qui suit l'accomplissement de la vingt-septième année.

SCOLARITÉ MÉDICALE.

Conditions requises pour la délivrance des inscriptions trimestrielles.

1re ANNÉE. — 1re *Inscription* : novembre ; *Travaux pratiques*, hiver, 1er trim. : dissection (N. B. La 2e inscription est délivrée en janvier, si les notes du 1er trimestre de dissection sont satisfaisantes). — 2e *Inscrip.* janvier ; *T. P.*, hiver, 2e trim. : dissection (N. B. La 3e inscription est délivrée en avril, si les notes du 2e trimestre de dissection sont satisfaisantes). — 3e *Inscrip.* avril ; *T. P.*, été : histologie, chimie biologique, physique, physiologie. (N. B. La 4e inscription n'est délivrée qu'après accomplissement de tous les travaux pratiques de 1re année, et si les notes sont satisfaisantes). — 4e *Inscr.*, juillet ; *T. P.*, comme à la 3e inscription.

2e ANNÉE. — 5e *Inscr.*, novembre. (Le 1er examen entre la 6e et la 8e inscription, c'est-à-dire, après 4 trimestres de dissection.) *Examens* : épreuves pratiques de dissection, épreuve orale (Anatomie, moins l'anatomie topographique) ; *T. P.*, hiver, 1er trim. : dissection ; *Stage hospitalier* : médecine ou chirurgie (services généraux). (N. B. La 6e inscription est délivrée en janvier, si les notes du 3e trimestre de dissection sont satisfaisantes, et si l'élève est stagiaire régulier). — 6e *Inscr.*, janvier ; *Exam.* comme à la 5e inscr. ; *T. P.*, hiver, 2e trim : dissection ; *S. H.* comme au précédent. (La 7e inscription est délivrée en avril si les notes du 1er trimestre de stage et du 4e trimestre de dissection sont satisfaisantes. Dans tous les cas, un élève n'est admis à subir le 1er examen que s'il a accompli régulièrement 4 trimestres de dissection). — 7e *Inscr.* : avril ; *Exam.* comme pour la préc. inscr. ; *T. P.*, été : physique, histologie et physiologie ; *S. H.*: été, comme en hiver. (N. B. Pour prendre la 8e inscription en juillet, il faut : 1° avoir subi le 1er examen avec succès ; 2° avoir obtenu des notes satisfaisantes pour tous les travaux pratiques de 2e année et les deux premiers trimestres du stage). — 8e *Inscr.*: juillet : *Exam.*: comme au préc. ; *T. P.*, comme au préc. ; *S. H.* : été, comme hiver.

3e ANNÉE. — 9e *Inscr.* : novembre. (Le 2e examen entre la 8e et la 10e inscription). 2e *Exam.* : histologie, physiologie, y compris la chimie biologique ; *T. P.*, hiver : parasitologie, anatomie pathologique ; *S. H.*, comme au préc. (La 10e inscription est délivrée en janvier si le 2e examen est subi avec succès et si l'élève est stagiaire régulier.)— 10e *Inscr.* : janvier ; *Exam.*, comme au préc. ; *T. P.*, comme aux préc. ; *S. H.*, comme aux préc. (Pour prendre la 19e inscription en avril, il faut : 1° avoir obtenu des notes satisfaisantes pour les travaux pratiques de parasitologie et d'anatomie pathologique ; 2° avoir accompli régulièrement le 8e trimestre de stage.)— 11e *Inscr.* : avril : *Exam.*, comme le préc.; *T. P.*, été : Médecine opératoire, chimie pathologique ; *S. H.*, comme le préc. (Pour prendre la 12e inscription en juillet, il faut : 1° avoir obtenu des notes satisfaisantes pour les travaux pratiques de médecine opératoire et de chimie pathologique ; 2° avoir accompli régulièrement le 4e trimestre de stage). — 12e *Inscr.* : juillet ; *Exam.*, comme les préc., *T. P.*, comme les préc., *S. H.*, comme les préc.

4e ANNÉE. —13e *Insc.* : novembre. (Le 3e examen entre la 13e et la 16e inscript.) 3e *Exam.* 1re part.: Epreuve prat. de médecine opératoire. Epreuve orale (Médecine opératoire et anatomie topographique ; pathologie externe ; accouchements) ; *S. H.* ; Spécialité ou accouchements, au choix de l'élève. (Pour prendre la 14e inscription en janvier, il faut être stagiaire régulier.)— 14e *Inscr.* : janvier ; *Exam.*, comme les pr. ; *S. H.* ; spécialité (si le stage d'accouchement a été fait en hiver). (La 13e inscription est délivrée en avril, si le 1er trimestre de stage est satisfaisant (spécialité ou accouchement). — 15e *Inscr.* : avril ; 3e *Exam.* 2e partie : épreuve pr. d'anat. pathologique. Epreuve orale (pathologie générale ; parasites animaux, végétaux ; microbes ; pathologie interne) ; *S. H.*, accouchement (si le stage de spécialité a été fait en hiver. (Pour prendre la 16e inscription en juillet, il faut : 1° avoir subi avec succès toutes les épreuves du 3e examen ; 2° avoir accompli régulièrement les deux derniers trimestres de stage (spécialité ou accouchement). — 16e *Inscr.* : juillet ; *Exam.*, comme au préc. ; *S. H.*, comme le préc. (*En 4e année pas de travaux pratiques obligatoires.*)

Actes de la Faculté. Ouverture des Cours. etc.

(voir à la fin du numéro.)

Enseignement médical dans les hôpitaux (Année 1904.)

Cours et conférences cliniques faites par MM. les chefs de services.

Hôtel-Dieu. — M. le Dr BRISSAUD, maladies du système nerveux, mercredi 9 h. 1/2. Salon de la salle Sainte-Madeleine. — M. le Dr FAISANS, maladies des voies respiratoires, tous les jours 9 h. 1/4. Salles Saint-Augustin et Sainte-Monique. — M. le Dr G. BALLET, maladies du système nerveux, samedi 9 h. 1/2. Salon de la salle Sainte-Anne. Leçon le dimanche à 10 heures, Amphithéâtre Trousseau, à partir du 1er dimanche de février. — M. le Dr André PETIT, Conférences sur les maladies du cœur, mardi, jeudi, samedi 9 heures. Salle Sainte-Martine. — M. le Dr LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, clinique chirurgicale, jeudi 10 heures, Amphithéâtre Desault. Opérations abdominales, mardi 9 heures. Salle de gynécologie. — M. le Dr ENRIQUEZ, médecin des hôpitaux, examen des malades, clinique médicale, tous les jours (excepté le jeudi) à 9 h. 1/2. Consultation. — M. le Dr MARION, chirurgien des hôpitaux, exercices pratiques de clinique chirurgicale et de gynécologie, tous les jours 9 heures. Consultation.

Pitié. — M. le Dr BABINSKI, maladies du système nerveux, samedi 10 h. 1/4. Amphithéâtre des cours. — M. le Dr DARIER, leçons sur les maladies de la peau, samedi 9 h. 1/4, Amphithéâtre des cours. Opérations dermatologiques, mardi 9 h. 1/2, Salle Serres. — M. le Dr DALCHÉ, gynécologie médicale, jeudi 9 h. 3/4, Amphithéâtre des cours ; mercredi 9 h. 1/2, Salle des consultations spéciales. — M. le Dr LION, Leçons sur les maladies de l'estomac, vendredi, 10 h. 1/4. Salle Grisolle. — M. le Dr Louis RÉNON, maladies du cœur et du poumon, vendredi 9 h. 1/2. Amphithéâtre des cours. — M. le Dr CLAISSE, maladies des voies respiratoires et maladies infectieuses, jeudi 10 h. 1/2, Amphi-

théâtre des cours. — M. le Dr Walther, visite des malades, tous les jours, 9 h., Salles Broca et Gerdy. Opérations et conférences cliniques, lundi, mercredi, vendredi 9 h. Pavillon Gerdy. — M. le Dr Lepage, conférences cliniques, tous les jours, 9 h. 1/2. Service d'accouchement.

Charité. — M. le Dr Moutard-Martin, conférences cliniques, tous les jours 9 heures. Au lit des malades. — M. le Dr Oulmont, conférences cliniques, tous les jours 9 heures, au lit des malades ; vendredi 10 h., Amphithéâtre Potain. — M. le Dr Roger, conférences cliniques, tous les jours, 9 h. au lit des malades ; mardi, 10 h , Amphithéâtre Potain. — M. le Dr Campenon, conférences cliniques, lundi, mercredi, vendredi, au lit des malades ; Samedi, 10 h 1/2, Amphithéâtre Potain. — Opérations, mardi, samedi. — M. le Dr Maygrier, clinique obstétricale, jeudi 10 h. Amphithéâtre Potain.

Saint-Antoine. — M. le Dr A. Siredey, conférences de clinique et de séméiotique médicale, lundi, mercredi, vendredi, 9 h. Salles Bichat et Chomel. Conférences de gynécologie médicale, jeudi 10 h., à l'annexe de la salle Chomel M. le Dr Béclère, maladies des organes thoraciques : Examen clinique des malades, tous les jours 9 h. 1/2. Salles Grisolle et Magendie. Examen radioscopique des malades, samedi 10 h., Laboratoire Grisolle, Conférences de radiologie médicale. Pour les conférences et les exercices pratiques de radiographie dans le laboratoire du Dr Béclère (*voir affiches spéciales*). — M. le Dr Thoinot, examen des malades, tous les jours 9 h. 1/2. Salles Marjolin, Roux et Corvisart. — M. le Dr Vaquez, maladies du cœur, des vaisseaux et du sang, mardi, jeudi 10 h. Pavillon Lorain. — M. le Dr Jacquet, maladies de la peau et syphilis, mardi, samedi 10 h, 1/2, Salle Aran. — M. le Dr Le Noir, maladies du tube digestif et de la nutrition. Conférences de clinique et de thérapeutique, vendredi, 10 h. 1/2, Salle Axenfeld. — M. le Dr Mosny, maladies du poumon et de la plèvre, mardi 9 h. 1/2, Salle Nélaton. — M. le Dr Lermoyez, maladies du nez, du larynx et des oreilles : Conférences techniques et de thérapeutique spéciale, mardi, samedi, 9 h. 1/2, Opérations, lundi. vendredi, 9 h 1/2. Service des maladies du nez, du larynx et des oreilles. — M. le Dr Bar, examen des malades, tous les jours, 9 h. 1/2 ; leçon, jeudi 10 heures. Maternité. — M. le Dr Macaigne, médecin des hôpitaux. Examen des malades, clinique médicale, tous les jours, 9 h. 1/2. Salle de la consultation.

Necker. — M. le Dr Huchard, Leçons de clinique thérapeutique, vendredi, 10 heures, Amphithéâtre Laënnec. — M. le Dr Cuffer, Conférences de microbiologie, anatomie pathologique et urologie, lundi 9 heures, Pavillon Peter. Leçons de pathologie clinique, mercredi 10 h. 1/2, Pavillon Peter. Leçons cliniques, tous les jours 9 h. 1/2. au lit des malades. — M. le Dr Barth, leçons cliniques, tous les jours 10 heures, au lit des malades. — M. le Dr Hirtz, Leçons cliniques, tous les jours 9 h. 1/2. au lit des malades. Traitement des maladies de l'appareil pulmonaire, jeudi 10 h. Amphithéâtre Laënnec. — M. le Dr Routier, clinique chirurgicale, lundi, mercredi, vendredi 9 heures, au lit des malades.

Cochin. — M. le Dr Chauffard, conférences de clinique médicale, samedi 10 heures. Amphithéâtre du service. — M. le Dr Widal, médecine générale, tous les jours 9 h. 1/2, Au lit des malades. Lundi 10 h. 1/2 Amphithéâtre du service. — M. le Dr Schwartz, chirurgie générale, lundi, mercredi, vendredi 9 h. 1/2; Au lit des malades. — M. le Dr Quénu, pathologie chirurgicale, tous les jours 9 h. 1/2. Au lit des malades.

Cochin (annexe). — M. le Dr Alexandre Renault, affections vénériennes et cutanées, mercredi, samedi, 10 h. 1/2. Salle de la 3e division. — M. le Dr Queyrat, maladies de la peau (Policlinique), vendredi 9 heures. Salle des cours. Maladies des voies urinaires. Traitement des syphilitiques (Policlinique), mardi 8 h. 1/2, Salle d'opérations. Maladies vénériennes, Conférences cliniques, lundi 10 heures, Salle des cours ; Examen des nouveaux malades (conférence clinique), jeudi et dimanche 9 heures. Salle d'opérations. — M. le Dr Humbert, examen des malades et opérations, mardi, et vendredi 10 h. 1/2.

Beaujon. — M. le Dr Troisier, conférences cliniques, tous les jours 9 heures. au lit des malades ; jeudi, leçon à l'Amphithéâtre; — M. le Dr Lacombe, conférences cliniques, tous les jours, 9 heures. Au lit des malades. — M. Albert Robin, clinique, thérapeutique, mercredi. 9 h. 1/2. Sacristie. — M. le Dr P. Berger, chirurgie abdominale, lundi, mercredi, vendredi 9 heures. Chirurgie générale, mardi, jeudi, samedi 9 heures. Au lit des malades. — M. le Dr Bazy, conférences sur les maladies des voies urinaires, lundi, jeudi, samedi 9 h. 1/2. Au lit des malades. Chirurgie générale, mercredi, vendredi 9 h. 1/2, Au lit des malades. Opérations de gynécologie, mardi, vendredi 9 h. 1/2. Pavillon Dolbeau. — M. le Dr Tuffier, opérations, mardi, jeudi, samedi, 9 h. 1/2. Clinique et opérations, mardi, jeudi, samedi 9 h. 1/2. Clinique, lundi, mercredi, vendredi 9 h. 1/2. Au lit des malades.

Lariboisière. — M. le Dr Landrieux, clinique médicale (Gynécologie), jeudi, 9 h. 1/2 Salle de Gynécologie. — M. le Dr Tapret, conférences de pathologie clinique, tous les jours 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Brault, clinique médicale, tous les jours 9 heures. Au lit des malades. — M. le Dr Gaillard, clinique médicale, tous les jours 9 h. Salles Barth, Rabelais, Aran. — M. le Dr Le Gendre, clinique médicale et thérapeutique, tous les jours, 9 h 1/2. Au lit des malades. Conférences de pratique médicale, samedi 10 h., Amphithéâtre. — M. le Dr Peyrot, clinique chirurgicale, mardi, vendredi, 9 h Au lit des malades. Opérations, lundi, mercredi, jeudi, samedi. — M. le Dr Paul Reynier, clinique chirurgicale, samedi 10 h. ; Amphithéâtre Gosselin ; tous les jours 9 heures. Au lit des malades. — M. le Dr Michaux, visite et opérations, tous les jours 9 heures. Au lit des malades. — M. le Dr Hartmann, opérations, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures. Amphithéâtre du service Civiale ; Examen des malades, mardi, jeudi, samedi 9 heures 1/2. Salle Civiale et (Lailler. Polyclinique externe). — M. le Dr P. Sebileau, laryngologie, rhinologie, otologie, lundi, mardi, samedi 9 h. (Salle de la consultation et salles Woillez et Davaine. Stomatologie (Leçon clinique) vendredi, 9 au grand Amphithéâtre. Opérations, mercredi, jeudi 9 heures. Pavillon Davaine. — M. le Dr Morax, maladies des yeux, tous les jours 9 heures. Opérations, mercredi, samedi 10 heures. Salle de la consultation d'ophtalmologie. — M. le Dr Bonnaire, clinique obstétricale : Leçon clinique, mardi 10 heures. Au grand amphithéâtre ; Conférences théoriques, lundi, mercredi, jeudi, vendredi, samedi 9 heures, dans le service.

Tenon. — M. le Dr Ménétrier, clinique médicale, tous les jours, 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Launois, clinique médicale, tous les jours y compris le dimanche, 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Klippel, clinique médicale, tous les jours, 9 h. 1/2. Au lit des malades.— M. le Dr Florand, clinique médicale, tous les jours, 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Jeanselme, clinique dermatologique, mercredi, samedi, 10 h. 1/2. A la consultation. —M. le Dr Parmentier, clinique médicale, tous les jours 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Poirier, clinique chirurgicale, mardi, jeudi, samedi 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr Lejars, clinique chirurgicale, mercredi, vendredi, 9 h. 1/2, Au lit des malades ; leçons de chirurgie abdominale, lundi 10 h. 1/2, Amphithéâtre. — M. le Dr Rochard, Gynécologie, mardi, jeudi, 9 h. 1/2. A la consultation. — M. le Dr Boissard, clinique obstétricale, tous les jours, excepté le dimanche, 10 heures. Au lit des malades.

Laënnec. — M. le Dr Merklen, visite et conférences de séméiologie, tous les jours 9 h. 1/2, au lit des malades ; leçons cliniques sur les maladies du cœur, dimanche 10 h., Amphithéâtre. — M. le Dr Barié, conférences de clinique et de thérapeutique, tous les jours 9 h. 1/2, au lit des malades ; leçons de séméiologie et de clinique sur les maladies du cœur, mercredi 10 h., Amphithéâtre. — M. le Dr Bourcy, conférences cliniques, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades ; conférences de clinique, samedi 10 heures, Amphithéâtre. — M. le Dr Reclus, examen des malades, leçons cliniques et opérations, tous les jours, 9 heures, au lit des malades ; thérapeutique chirurgicale, samedi 10 heures, Amphithéâtre. — M. le Dr Aviragnet, médecin des hôpitaux, conférences de clinique, tous les jours 9 h. 1/2, au lit des malades. — M. le Dr Legry, médecin des hôpitaux, conférences de clinique, tous les jours 9 h. 1/2, au lit des malades.

Bichat. — M. le Dr Talamon, visite des malades, tous les jours 9 h. 1/2. Salles Louis et Bazin. — M. le Dr Hippolyte Martin, visite des malades, tous les jours 9 heures. Salles Andral et Récamier. — M. le Dr Picqué, examen clinique des malades, lundi, vendredi 9 h., Salles Chassaignac et Jarjavay ; conférence clinique, mercredi 10 h., Laboratoire ; opérations générales et abdominales, mardi, jeudi, samedi, 9 heures, Salles Chassaignac et Jarjavay. — M. le Dr Soupault, médecin des hôpitaux, conférences cliniques sur les maladies du tube digestif, vendredi 9 h. 1/2. Salle de la consultation. — M. le Dr Chevalier, chirurgien des hôpitaux, exercices pratiques de clinique chirurgicale, tous les jours 9 h. 1/2, Salle de la consultation ; voies urinaires, mercredi 9 heures.

Andral. — M. le Dr Mathieu, maladies des voies digestives, jeudi 10 heures, Salle de la consultation spéciale. A partir du 1er mars.

Broussais. — M. le Dr Gilbert, conférences de clinique et de thérapeutique tous les jours 10 heures. Au lit des malades. — M. le Dr Œttinger, conférences de clinique et de séméiotique, tous les jours 9 h. 1/2. Au lit des malades.

Boucicaut. — M. le Dr Letulle, conférences de clinique et d'anatomie pathologique, tous les jours 9 h. 1/2. — M. le Dr

CHAPUT, opérations, mardi, jeudi, samedi, 9 heures ; visite des malades et leçons cliniques. lundi, mercredi; vendredi, 10 heures, M. le Dr DOLÉRIS, visite des malades, jeudi, samedi, 9 heures — grossesse (affections gynécologiques, accouchement, suites de couches), lundi 10 heures. Maternité. Leçons sur les maladies des femmes, lundi, mercredi, vendredi, 9 h. 1/2, Maternité ; Exercices pratiques d'obstétrique et de gynécologie, vendredi 10 heures, Maternité. — M. le Dr F. BEZANÇON, méd. des hôpitaux, maladies de l'appareil respiratoire, jeudi 10 h. 1/2, ; salle de la consultation de médecine. — M. MICHON, chirurgien des hôpitaux, examen des malades et petite chirurgie, tous les jours 9 heures. Salle de la consultation de chirurgie.

Saint-Louis. — M. le Dr HALLOPEAU, dermatologie et syphiligraphie (présentation de malades et conférence clinique), jeudi 2 h. 3/4. Salle des conférences. Toute l'année. sauf pendant les vacances. — M. le Dr DU CASTEL, conférences sur la dermatologie et la syphilis, samedi 1 h. 1/2. Salle des conférences. A partir du mois de décembre ; Traitement chirurgical des maladies de la peau, lundi, 9 h. 1/2. Laboratoire Cazenave. — Examen et discussion des nouveaux malades. Policlinique, jeudi 9 heures. Salle Cazenave. — M. le Dr DANLOS, traitement chirurgical des maladies de la peau, lundi 9 h. Salles Bichat et Biett ; Examen et discussion des nouveaux malades (Policlinique), mercredi, samedi 9 h. Salles Bichat et Biett. — M. le Dr BALZER, conférences cliniques, vendredi 9 h. 1/2. Salle Alibert. — M. le Dr DE BEURMANN. Examen des nouveaux malades, vendredi 9 h. Salles Hillairet et Lorry ; opérations dermatologiques, mardi 9 heures. Laboratoire Lorry. — M. le Dr GUINARD, conférences cliniques, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures 1/2 ; opérations gynécologiques, mardi, jeudi, samedi 9 heures. — M. le Dr NÉLATON, clinique chirurgicale et opérations, mardi, jeudi, samedi 9 h. — M. le Dr RICARO, conférences et opérations, mercredi, samedi 9 h. 1/2. Au lit des malades. — M. le Dr GUILLEMAIN, chirurgien des hôpitaux, conférences de clinique et de thérapeutique chirurgicales, tous les jours, 10 heures. Salle de la consultation.

Broca. — M. le Dr BROCQ, conférences sur le traitement des maladies de la peau, vendredi 8 h. 1/4, Salle de la consultation entrée 76, rue Pascal). Leçons sur les maladies de la peau et la syphilis, samedi 10 h., Salle de la consultation. — M. le Dr THIBIERGE, Leçons sur la syphilis, dimanche 10 h. ; conférences pratiques sur la syphilis mardi, samedi 10 h., Salle de la consultation.

Enfants-Malades. — M. le Dr MOIZARD, leçons cliniques, mercredi, samedi. Au lit des malades. — M. le Dr COMBY, leçons de thérapeutique clinique, mardi, 9 heures. Salle de consultation. Leçons cliniques, mercredi 9 heures, Salle de Chaumont. — M. le Dr VARIOT, leçons cliniques, mardi 10 heures 1/2. Salle Gillette, jeudi, consultation. — M. le Dr RICHARDIÈRE, maladies infantiles : Examen des nouveaux malades, jeudi, 9 heures. Au lit des malades. Leçons cliniques, samedi 9 heures. Au lit des malades. Thérapeutique clinique, mercredi 9 heures. Au lit des malades. — M. le Dr MARFAN, leçons cliniques sur la diphtérie. tous les jours 10 heures. Dans le service. S'inscrire à la Faculté de médecine. — M. le Dr BROCA, leçons cliniques, mercredi, 10 h. 1/4, Salle Archambault. Examen des malades, mardi, jeudi, samedi, 10 heures. Salle de consultation.

Bretonneau. — M. le Dr SEVESTRE, examen des malades, clinique médicale infantile, mardi, jeudi samedi, 9 heures. Pavillon Archambault. — M. le Dr JOSIAS, clinique médicale infantile tous les jours 9 heures. Salles Barthez et Labric. — M. le Dr FÉLIZET, clinique chirurgicale infantile. Tous les jours 9 heures. Pavillons Flaubert et Marjolin.

Trousseau. — M. le Dr NETTER, clinique infantile, mardi, jeudi, samedi 9 heures. Salle Bergeron. — M. le Dr GUINON, clinique infantile. lundi, mercredi, vendredi, 9 heures 1/2. Salle Archambault.

Herold. — M. le Dr H. BARBIER, leçons de pathologie infantile, vendredi 10 h. 1/2. Pavillon Pasteur. — M. le Dr LESAGE, leçons cliniques sur les maladies des nourrissons, mercredi 10 h.

Salpêtrière. — M. le Dr DÉJERINE, maladies du système nerveux, mercredi 9 h. 1/4, jeudi 5 heures. Salle de la consultation externe. Le cours du jeudi commencera en mai. — M. le Dr Paul SEGOND, clinique gynécologique, lundi 10 h. 1/2. Opérations, samedi 10 h. 1/2. — M. le Dr J. VOISIN, maladies mentales, jeudi samedi, 10 heures. Section Esquirol, de fin décembre à avril. — M. le Dr CHARPENTIER, maladies mentales (leçon clinique pendant la visite), tous les jours, 10 heures. Section Pinel. — M. le Dr DENY, maladies mentales, jeudi 10 heures. Section Rambuteau de mai à août.

Session d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste.

Conformément à l'arrêté du 29 juillet 1895, une session d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvrira à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, le 7 novembre 1904.

I. — *Conditions d'admission.* — Sont seuls admis à se présenter à cette session : 1° Pour les trois examens, les dentistes inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1892 ; les candidats qui justifient d'un cours régulier d'études dans une des Ecoles d'enseignement dentaire existant en France, à la date du 25 juillet 1893 ; 2° Pour les deux derniers examens, les dentistes de nationalité française, inscrits au rôle des patentes antérieurement au 1er janvier 1889 ; 3° pour le deuxième examen, les dentistes pourvus, antérieurement au 1er novembre 1893, d'un diplôme délivré par l'une des écoles d'enseignement dentaire existant en France, à la date du 25 juillet 1893.

II. — *Pièces à produire.* — Les candidats produiront les pièces suivantes : un extrait authentique de leur acte de naissance et, s'il y a lieu une traduction également authentique de cette pièce ? Un extrait de leur casier judiciaire et, suivant le cas : un certificat constatant leur inscription au rôle des patentes au 1er janvier 1892, ou antérieurement au 1er janvier 1889 ; un certificat constatant qu'ils sont Français : le diplôme qu'ils ont obtenu devant une Ecole d'enseignement dentaire de France, antérieurement au 1er novembre 1893. A ces pièces, les candidats élèves des Ecoles dentaires, visés au paragraphe 1er de cette affiche, devront joindre : 1° soit un diplôme de bachelier, soit le certificat d'études prévu par le décret du 30 juillet 1886, modifié par le décret du 25 juillet 1893, soit le certificat d'études primaires supérieures, dans les conditions prescrites par les circulaires des 3 mai et 27 novembre 1895 ; 2° un certificat constatant qu'ils ont accompli, dans l'une des Ecoles dentaires, des écoles complètes et régulières. Avec ce certificat sera joint un extrait des registres de l'Ecole indiquant les dates d'entrée, d'inscription, etc. ; 3° un certificat individuel, délivré par M. le directeur des travaux scientifiques de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, certificat justifiant du travail de l'élève et de son assiduité aux travaux pratiques de dissection.

III. — *Consignations.* — Les consignations seront reçues, au Secrétariat de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, aux dates ci-après désignées, savoir : 1er examen, les 24 et 25 octobre 1904 ; 2e examen, les 22 et 23 novembre 1904 ; 3e examen, les 19 et 20 décembre 1904.

Les Candidats consigneront les droits d'examen, de certificat d'aptitude et de diplôme, fixés par le décret du 14 février 1894 (30 fr. pour chaque examen, 20 fr. pour chaque certificat d'aptitude, et 100 fr. pour le diplôme). Il sera fait remboursement, aux candidats ajournés, des droits de certificat et de diplôme, selon les cas.

IV. — *Dates des examens.* — Les examens auront lieu aux dates ci-après désignées, savoir : 1er examen, du 7 au 19 novembre 1904 ; 2e examen du 5 au 17 décembre 1904 ; 3e examen, du 6 au 17 janvier 1905.

Institut de médecine légale et de psychiatrie.

Comité de Direction : le Doyen, le Professeur de Médecine légale, le Professeur de Clinique des Maladies mentales.

MÉDECINE LÉGALE — *Cours théorique de médecine légale* : M. le Professeur BROUARDEL commencera le cours de Médecine légale, le lundi 7 novembre 1904, à 4 heures de l'après-midi (Grand Amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. — *Cours pratique de médecine légale* : Ce cours commencera à la Morgue, le mercredi 9 novembre 1904, à deux heures de l'après-midi et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. Les mercredis, M. le professeur BROUARDEL. Les vendredis. M. le Dr DESCOUTS, chef du laboratoire de Médecine légale. Les lundis, M. le Dr VIBERT, chef du laboratoire d'anatomie pathologique. — *Conférences de médecine légale pratique* : M. le Dr THOINOT, agrégé, dirigera deux fois par semaine des conférences pratiques portant sur l'examen des blessés, des victimes d'accidents du travail, sur la rédaction des rapports médico-légaux, etc. — *Conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie* : Ces conferences seront faites au laboratoire de toxicologie (Caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf), et auront lieu, à dater du samedi 5 novembre 1904, les mardis, jeudis et samedis. Les jeudis, à 4 heures. M. le Dr Descoust chef du laboratoire de médecine légale. Les mardis, à 3 heures, M le Dr Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique. Les samedis, à 3 heures, M. Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie.

Psychiâtrie — *Cours clinique de psychiatrie* : M. le Professeur Joffroy, commencera ce cours à l'Amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales, à l'Asile Sainte-Anne; le mercredi 16 novembre 1904, à dix heures du matin et le continuera les samedis et mercredis suivants, à la même heure. — *Cours théorique de psychiatrie* : MM. les Drs Roy et Juquelier, chefs de clinique des maladies mentales, commenceront ce cours, à l'Amphithéâtre de la Clinique des Maladies mentales, à l'Asile Sainte-Anne, le samedi 5 novembre 1904, à dix heures, et le continueront les mardis et jeudis suivants, à la même heure et les samedis suivants à 9 heures 1/4 pendant les mois de novembre, décembre et janvier. — *Cours théorique de psychiatrie médico-légale* : M. le Dr Dupré, agrégé, commencera ce cours le jeudi 2 février 1905, à 10 heures 1/4 à l'Amphithéâtre de la Clinique des Maladies mentales à l'Asile Sainte-Anne, et le continuera les mardis et jeudis suivants, à la même heure. —*Examens de malades et rédactions d'observations ou de rapports* : MM. les Drs Roy et Juquelier, chefs de clinique des maladies mentales, dirigeront ces exercices pratiques qui se feront à la clinique des maladies mentales, à l'Asile Sainte-Anne, les mardis et jeudis, à 9 heures 1/4 et commenceront le mardi 15 Novembre 1904, à la même heure.

Conditions d'admission aux cours et conférences de l'institut de médecine légale et de psychiatrie : Les Docteurs en médecine français et étrangers, les étudiants en médecine français (titulaires de seize inscriptions) et étrangers sont admis à suivre les cours et conférences de l'Institut de Médecine légale et de Psychiatrie après s'être inscrits au Secrétariat de la Faculté (Guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

Les droits à verser sont : 1 droit d'immatriculation, 20 fr., 1 droit de bibliothéque, 10 fr. ; 4 droits trimestriels de laboratoire à 75 fr., soit, 300 fr.; 1 droit d'examen, 100 fr.

Conférences de médecine légale psychiatrique.

(3e trimestre scolaire).

M. le Dr Paul Garnier, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale, chargé du cours de médecine légale psychiatrique, commencera ses *conférences* le samedi 21 novembre, à 1 h. 1/2, et les continuera les samedis suivants à la même heure, 3 quai de l'Horloge. Des cartes d'admission sont délivrées au secrétariat de la Faculté, guichet n° 2, tous les jours de midi à 3 heures, à MM. les docteurs en médecine, les internes des hôpitaux et les étudiants ayant passé leur 4e examen de doctorat. Aprés quatre mois d'assiduité à ce cours, un certificat de présence sera régulièrement délivré.

INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE

L'Institut de médecine coloniale, fondé grâce à l'initiative de M. le professeur R. Blanchard (1), a déjà rouvert ses cours. Pour cette troisième session, 25 élèves sont inscrits ; presque tous sont des docteurs en médecine, parmi lesquels treize, dont un professeur de la Faculté de Carthagène (Colombie), étrangers.

La deuxieme session, qui a eu lieu à la fin de l'année 1903, avait attiré 42 élèves, réduits à 25, par suite du manque de place.

Les excellents résultats obtenus dans les deux premières sessions ont consacré l'utilité de l'Institut de médecine coloniale. Une telle institution est appelée à rendre les plus grands services, en procurant à nos colonies des médecins instruits ayant des connaissances précises sur la pathologie, l'épidémiologie et l'hygiène des pays chauds. La sphère d'action de l'Institut de médecine coloniale est plus vaste encore, puisque, parmi les élèves qui viennent suivre les cours, on compte une notable proportion d'étrangers : il a donc la plus heureuse influence au point de vue de la diffusion de la science française.

(1) On n'a pas oublié les remarquables articles que notre collaborateur et ami, M. le professeur R. Blanchard, a publiés ici même, sur la nécessité d'organiser en France, à l'usage des médecins civils, un enseignement de la médecine des pays chauds (*a*): on sait que, sur sa proposition, le *Congrès de médecine* de 1900 a émis à l'unanimité un vœu dans ce sens. La création et l'organisation de l'*Institut de médecine coloniale* annexé à la Faculté de médecine de Paris sont aussi, en grande partie, son œuvre (*b*).

(*a*) *Progrès médical*, 3e série, tome X, pages 38 et 289, 1899.

(*b*) Voir sur ce point : R. Blanchard, l'Institut de médecine coloniale. Histoire de sa fondation. (*Archives de Parasitologie*, VI, p. 5835-0, 1903.)

L'enseignement doit être court et condensé. Il s'adresse soit à des docteurs en médecine, soit à des étudiants de cinquième année, auxquels il est inutile de parler de médecine générale ; aussi le programme des cours et des travaux pratiques est-il étroitement spécialisé. Chaque session dure environ trois mois, à la fin desquels un examen confère aux méritants un diplôme de Médecin colonial.

L'Institut de médecine coloniale est distinct de la Faculté de médecine, bien qu'il emprunte à celle-ci ses laboratoires et son personnel. Il a pu se constituer grâce à une subvention annuelle de 30.000 francs qui lui a été accordée par M. Doumer, alors gouverneur général de l'Indo-Chine. Il jouit de la personnalité civile et peut, par conséquent, recevoir des dons et legs. Il est très désirable que des personnes généreuses lui fassent d'importantes donations, car ses moyens d'action en deviendront plus puissants et il pourra rendre d'éminents services à la cause de la colonisation. Il est superflu d'insister ici sur ce point pourtant capital de la question, car on sait ce que les Anglais font pour leurs écoles similaires de Londres et de Liverpool. L'honneur de notre pays et de notre science exige que nous ne fassions pas moins.

Les règlements de l'assistance publique s'opposant à ce que des malades étrangers à l'agglomération parisienne soient reçus dans les hôpitaux de Paris, il a fallu trouver ailleurs un hôpital pouvant accueillir des malades revenant des colonies. Grâce à des négociations heureusement menées par M. le professeur R. Blanchard, l'Association des Dames françaises a traité avec l'Institut de médecine coloniale et a mis à la disposition de celui-ci le service de médecine du bel hôpital qu'elle possède à Auteuil, 93, rue Michel-Ange. C'est là que se fait l'enseignement clinique, ainsi que la consultation externe. Ce cours est fait par M. R. Wurtz, agrégé, avec le titre de chargé de cours.

L'Institut est administré par un conseil ayant pour président le doyen de la Faculté de médecine et pour vice-président M. le professeur Brouardel ; ce dernier est en outre directeur de l'Institut.

La quatrième session aura lieu dans le courant de 1905, à une date qui sera ultérieurement indiquée. Le prix à payer par les élèves pour suivre cet enseignement et subir l'examen final est fixé à 150 francs.

***

L'Institut de médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales. Les cours durent environ deux mois et demi. La session de 1904 a commencé le 17 octobre et sera terminée vers le 25 décembre. — *Peuvent s'inscrire* : Les étudiants pourvus de 16 inscriptions et les docteurs en médecine français et étrangers. — *Diplôme* : A la fin des Cours de la session, les étudiants subissent un examen et obtiennent un diplôme. — *Dispositions générales* : L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire sont donnés à la Faculté de médecine (Ecole pratique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine), dans les Laboratoires suivants : *Parasitologie. Hygiène* : L'enseignement clinique est donné à l'Hôpital d'Auteuil (Hôpital des Dames françaises), 93, rue Michel-Ange. Cet hôpital, récemment construit, réunit tous les desiderata de l'hygiène moderne. Accés par: 1° Tramways Louvre-Versailles (arrêt à la porte de Billancourt) ; Montreuil-Boulogne (passe rue Michel-Ange). — 2° Chemin de fer de ceinture (station du Point-du-Jour). — 3° Bateaux-Mouches (Point-du-Jour). L'enseignement théorique et de laboratoire a lieu dans l'aprés-midi, tous les jours de la semaine, sauf le lundi, à l'Ecole pratique. L'enseignement clinique deux fois par semaine, le matin à 10 heures, à l'Hôpital d'Auteuil.

Programme des Cours.

I. *Technique bactériologique et hématologique*, par M. le Professeur Chantemesse (15 leçons et démonstrations pratiques): Stérilisation, Milieux de culture Méthodes de coloration, Méthodes de culture, Analyse de l'eau, du sol, des poussiéres, du sang, etc. Analyse des matières fécales. — Dans ces leçons et dans les démonstrations pratiques qui y font immédiatement suite, les élèves sont mis au courant des méthodes les plus récentes de l'examen et des colorations du sang, ainsi que de toute la technique bactériologique avec ses applications particulières aux maladies tropicales.

II. *Parasitologie*, par M. le Professeur BLANCHARD (21 leçons et démonstrations pratiques) : Parasites animaux, Examen du sang de l'homme et des animaux, Analyse des matières fécales, Parasites du sang, Fièvres palustres. Filaires, Bilharzia, Nematodes, Cestodes, etc., Animaux venimeux, Parasites végétaux, Mycoses.

III. *Chirurgie des pays chauds*, 6 leçons par M. le Professeur LE DENTU (à l'Hôtel-Dieu) : Hépatite suppurée, Splénomégalie et splénite paludique, Eléphantiasis. La filariose et ses diverses manifestations, Conservation des instruments et des appareils.

IV. *Maladies des yeux dans les pays chauds*, 4 leçons, par M. le Professeur DE LAPERSONNE (à l'Hôtel-Dieu) : I. Ophtalmies. II. Manifestations oculaires de la lèpre, de la variole, etc. Irido-choroïdites infectieuses. III. Héméralopies. Les amblyopies toxiques. IV. Des soins urgents dans les traumatismes de l'œil. Hygiène de l'œil dans les pays chauds.

V. *Pathologie et hygiène tropicales*. M. le Professeur CHANTEMESSE. M. le docteur WURTZ, agrégé, chargé de cours. — Pathologie exotique (17 leçons) : Peste, Fièvre jaune, Choléra, Dysenterie, Diarrhée des pays chauds. Fièvre de Malte. Fièvre récurrente, Fièvres paludéennes, Fièvre hémoglobinurique, Filariose. Bilharziose. Dracunculose. Lèpre (distribution géographique et bactériologie). Béribéri. Aïnhum. Verruga, Pied de Madura, Maladie du sommeil. Fièvre japonaise de rivière, etc. Hygiène tropicale (10 leçons). — 3 de ces leçons seront consacrées aux maladies pestilentielles envisagées au point de vue des médecins maritimes). — 20 exercices de diagnostic bactériologique appliqués aux maladies tropicales (Laboratoire d'Hygiène).

VI. *Affections de la peau*. M. le Professeur GAUCHER. 8 leçons de Dermatologie tropicale.) 4 leçons par M. le Professeur GAUCHER, Lèpre. Boutons d'Orient, Ulcères des pays chauds. — 4 leçons, par M. le Docteur JEANSELME, agrégé. — Syphilis exotique. Pian ou Frambœsia. Dermatomycoses exotiques : Tokelau ; Caratés. Dermatoses produites par des parasites animaux. Hygiène de la peau sous les tropiques. Technique histologique et bactériologique appliquée à l'étude des maladies cutanées. La 1re leçon par M. le Professeur Gaucher, a eu lieu le mercredi 19 octobre, à 10 heures du matin, à l'Hôpital Saint-Louis, (Amphithéâtre de la Clinique). Les 4 leçons de M. le Docteur Jeanselme auront lieu à l'Hôpital Saint-Louis (Salle des Conférences du Laboratoire Municipal).

Droits à verser : 1 droit d'immatriculation, 20 fr. ; 1 droit de bibliothèque, 10 fr. ; 1 droit de laboratoire, 150 fr. ; 2 examens (gratuits).

Conditions d'admission : Envoyer les demandes, par écrit, au Doyen de la Faculté de Médecine, et pour tous autres renseignements, s'adresser au Secrétariat de la Faculté (Guichet n° 1).

Thèses de la Faculté de médecine de Paris.

Le *Progrès médical* publie toutes les semaines la liste des thèses et des examens de la Faculté de Médecine.

AVIS

THÈSES DE DOCTORAT. — *Toutes les thèses de doctorat, dont il sera déposé deux exemplaires au bureau du journal, seront analysées.*

Tous les Abonnés du Progrès Médical *peuvent consulter les journaux de médecine, français et étrangers, reçus en échange, en prévenant deux jours à l'avance, tous les jours de 3 à 6 heures.*

MM. les Abonnés sont priés de joindre, à leur demande de renouvellement ou de changement d'adresse, la bande du journal.

HÔPITAUX

L'Administration générale de l'Assistance publique est située avenue Victoria, n° 3, et quai de Gesvres, n° 4. — Directeur : M. G. MESUREUR. — Secrétaire général : M. THILLOY. — Chef du service du personnel : M. LEJARS.

Hôpital Andral. 35, rue des Tournelles : 100 lits, sous la direction du directeur de l'hôpital Saint-Antoine. — *Médecin* : M. MATHIEU. — Consultations pour les maladies de l'estomac et de la digestion, le jeudi. — Assistants : Dr J.-C. ROUX.

Consultations de médecine : tous les jours à 9 heures. M. le Dr A. LAFFITTE ; M. le Dr DELAMARE, suppléant. — *Pharmacien* : un interne, sous la surveillance du pharmacien de Saint-Antoine.

Hôpital Beaujon, faubourg Saint-Honoré, 208 : 624 lits. Directeur : M. RICHER. — *Médecins* : M. LACOMBE. Salles Barth (H.) et Gubler (F.). Visite à 9 h. — M. le professeur DEBOVE, professeur de clinique ; chef de clinique : M. Sainton ; chef adjoint : M. Ferrand ; chef des travaux chimiques : M. Jousset ; chef des travaux d'anatomie pathologique : M. Castaigne, Salles Béhier (F.) et Sandras (H.). Legroux (H.) Crèche. — Consultations pour les maladies du thorax et de l'abdomen le jeudi. — M. TROISIER Salles Monneret (H.) et Vulpian (F.). — M. Albert ROBIN. Salles Louis (H.) et Axenfeld (F.). — *Chirurgiens* : M. MICHAUX. Salles Blandin (H.), Marjolin (H.) et Laugier (F.). Opérations le mardi. Salle Verneuil. Chroniques, chirurgie, Femmes. — M. BAZY. Salles Gosselin (H.), Robert (H.) et Huguier (F). Opérations le mercredi. Consultation pour les maladies des voies urinaires, assistant : Dr Eug. Regnauld, les lundi, jeudi, samedi. — M. TUFFIER, Salles Malgaigne (H.), Ambroise Paré (H.), Jarjavay et Verneuil (F.). Consultation pour les maladies chirurgicales du thorax et de l'abdomen, le mercredi. — *Accoucheur* : M. RIBEMONT-DESSAIGNES, professeur chargé de l'école externe d'élèves sages-femmes de la Faculté. Chef de clinique : M. le Dr HERRENSCHMIDT ; chef adjoint : M. LE LORIER. Maternité. Consultations tous les jours à 10 heures. — *Pharmacien* : M. LÉGER. — *Dentiste* : M. le Dr AGUILHON DE SARRAN. Consultations externes les mardi et samedi, à 9 heures 1/2.

Tous les jours, consultations externes. *Médecine*. M. le Dr BRUHL, médecin des hôpitaux ; M. le Dr GOT, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr ROBINEAU, chir. des hôp. ; M. le Dr ESTRABAUT, suppléant. Entrée des malades de 8 h. à 9 h.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Elle est placée dans un local attenant aux chambres des internes ; elle ne contenait guère que 500 volumes en 1878 ; elle en renferme maintenant plus de 3.000 grâce aux legs Gubler et Marjolin, à une subvention de 400 fr. accordée chaque année par le Conseil municipal et aux cotisations mensuelles des internes.

Hospice de Bicêtre, à Bicêtre. — Directeur : M. MULHEIM. 1817 lits réglementaires pour les *vieillards et infirmes*, population réelle environ 1800 ; 1366 lits pour les *aliénés* et les *épileptiques* ; population réelle, 1338. Dans ce dernier chiffre, sont compris 419 enfants épileptiques ou arriérés et 88 épileptiques simples. — Infirmerie de l'hospice. *Médecin* : M. P. MARIE. — *Chirurgien* : M. LEGUEU. — Nous avons insisté pour que l'Administration affectât quelques lits, à l'infirmerie, en médecine et en chirurgie, pour des malades du dehors ; ceci a été fait : 49 lits (26 en chirurgie et 23 en médecine).

Les *consultations* ont lieu pour la chirurgie les lundi, mercredi, vendredi, et pour la médecine, les mardi, jeudi et samedi. — *Division des aliénés* : 1re section, M. FÉRÉ. — 2e section, M. SÉGLAS. — 3e section, M. CHASLIN. — 4e section, M. BOURNEVILLE, jeudi 9 h. 1/2 (maladies nerveuses des enfants). — Médecin suppléant : M. NAGEOTTE. — A Bicêtre, il n'y a pas d'externes ; il n'existe que des internes et des internes provisoires. Depuis plusieurs années, par suite de la nomination d'un nombre plus considérable d'internes provisoires, on n'a eu besoin qu'exceptionnellement de recourir à des externes, ou à de simples étudiants en médecine, pour remplir dans cet hospice les fonctions d'interne. Néanmoins, les internes titulaires ou provisoires ne vont pas volontiers à Bicêtre ; cela tient à ce que le grand éloignement n'est nullement compensé par les avantages matériels que l'on devrait y rencontrer. Les logements dont nous avons signalé l'insalubrité ont été agrandis ; c'est là un palliatif insuffisant. L'éclairage des corridors est illusoire. Dix internes seulement, sur 14, sont logés. Des dix chambres qui leur sont affectées, six sont à peu près habitables. La seule chose à faire serait de construire un pavillon spécial. Un projet est à l'étude depuis longtemps ; il est très désirable qu'on en fasse hâter le vote et l'exécution. — *Pharmacien* : M. BERTHOUD. — *Médecin dentiste* : Dr NOGUÉ.

Fondation Vallée. — Cette fondation, qui appartient au *département* de la Seine, consacrée aux petites *filles idiotes* et *arriérées*, doit être le point de départ d'un asile de trois à quatre cents lits. Elle est administrée *provisoirement* par l'hospice de Bicêtre.

Sa population actuelle est de 234 enfants. Un interne de l'hospice est chargé, sous la direction du médecin-chef de service, d'assurer le service médical. — Les internes de Bicêtre ont une indemnité de 25 fr. par mois pour frais de déplacement (1).

Bibliothèque des Internes en médecine. — Fondée en 1865, enrichie du legs Burlaud, alimentée par les cotisations des internes, et surtout par les subventions du Conseil municipal (1877-1898), elle compte aujourd'hui plus de 3.500 volumes (2). Cette bibliothèque, déjà fort importante, rend des services considérables aux internes, mais elle se trouve très à l'étroit dans le local où elle est placée, et le défaut d'espace nuit au bon ordre et même au bon entretien d'un certain nombre de volumes. Jusqu'à cette année, un crédit de 600 francs était affecté par le Conseil municipal pour l'achat d'ouvrages nouveaux, et intégralement employé à cet usage. Ce crédit, réduit à 180 francs, ne permet plus de renouveler les abonnements aux périodiques étrangers, ni d'acquérir les ouvrages classiques récents. A peine suffit-il à payer la reliure d'ouvrages antérieurement acquis. Nous insistons sur la nécessité qu'il y a d'allouer aux bibliothèques des hôpitaux excentriques un crédit suffisant qui permettrait aux internes attachés à ces établissements de trouver sur place des renseignements et des moyens d'étude. — Les internes de l'hospice ont l'avantage de pouvoir disposer pour la dissection et la médecine opératoire d'un sur trois des corps de l'amphithéâtre non réclamés.

Ecole municipale d'Infirmiers et d'Infirmières. — Cette école, fondée au mois de mai 1878, comprend une *école primaire* et une *école professionnelle.* — *Cours théoriques* : *Administration,* M. Mulheim, directeur de l'hospice ; — *Anatomie élémentaire et physiologie,* M. Bonnaire : — *Pansements et petite chirurgie,* M. Noir ; — *Hygiène,* M. Laurens ; — *Soins aux femmes en couches et aux nouveau-nés,* M. Mouchotte ; — *Petite pharmacie,* M. Cornet. Massage, M. de Frumerie.

Hôpital Bichat, boulevard Ney : 195 lits. Directeur : M. Aubert. — *Médecins* : M. Talamon. Salles Bazin (H.) et Louis (F.). — M. Martin-Roux. Salles Andral (H.) et Récamier (F.). — *Chirurgien* : M. Picqué. Salles Jarjavay (H.) et Chassaignac (F.). Grandes opérations (chirurgie abdominale), les mardi, jeudi et samedi, à 8 h. 1/2. — *Pharmacien*: M. François.

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours (fêtes et dimanches compris) à 9 heures du matin. *Médecine* : M. le Dr Soupault, médecin des hôpitaux ; M. le Dr Merklen, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr Chevalier, C. H. ; M. le Dr E. Cadol, suppléant.

Consultations spéciales faites par M. le Dr Picqué. — *Gynécologie* : assistant, M. le Dr Mauclaire C. H. : lundi, vendredi ; *Voies urinaires* : assistant, M. le Dr Chevalier C. H., mercredi ; *Laryngologie* : assistant, M. le Dr Laurens, mercredi ; *Ophtalmologie* : assistant, M. le Dr Sauvineau, lundi ; *Electrothérapie* : assistant, Dr Lebon, lundi, mercredi, vendredi.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Cette bibliothèque, alimentée par une subvention annuelle du Conseil municipal de 300 fr., contient environ 1400 volumes.

Hôpital Boucicaut, rue de la Convention : 229 lits, 25 berceaux. Directeur : M. Longepierre. —*Médecin* : M. le Dr Letulle. — *Chirurgien* : M. le Dr Chaput : Consultation pour les maladies du thorax et de l'abdomen, le mercredi à 9 heures. — *Accoucheur* : M. le Dr Doléris. — *Dentiste* : M. le Dr H. Didsbury. — *Pharmacien* : M. Tiffeneau.

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours à 9 heures. *Médecine* : M. le Dr F. Bezançon, médecin des hôpitaux. M. le Dr Poulain, suppléant.— *Chirurgie* : M. le Dr Michon, chirurgien des hôpitaux, M. le Dr Labey, suppléant.

Hôpital Bretonneau, rue Carpeaux : 261 lits. Directeur : M. Barbier. — *Médecins* : MM. les Drs Sevestre et Josias. — *Chirurgien* : M. le Dr Félizet. — *Dentiste* : M. le Dr Queudot. Consultations externes, mardi, vendredi 10 h. 1/2. — *Pharmacien* : M. Hérissey. Consultations de médecine et de chirurgie (maladies de l'enfance) tous les jours à 9 heures.

Hôpital Broca, n° 111, rue Broca : 296 lits. Directeur : M. Roger. — *Médecins* : M. Brocq. Salles Cullerier et Natalis Guillot (vénériennes), Salle Vidal (Dermatologie). — M. G. Thibierge : Salles Astruc, Goupil et Van Swieten (vénériennes), Salles Bouley et Fracastor (dermatologie) — *Chirurgien* (Gynécologie) : M. le prof. Pozzi. Chef de clinique : M. le Dr Dartigue ; Chef de clinique adjoint : M. le Dr Leywy. Chef de laboratoire : M. Latteux. Préparateur : M. Bender. Aide-prépar. d'électrothérapie : M. Zimmern. Salles Alph. Guérin, Broca, Huguier et Récamier. La salle Récamier contient 6 lits pour accouchements de vénériennes et 6 berceaux. — Opérations : mardi, jeudi, samedi à 10 heures ; démonstrations d'histologie pathologique (gynécologie) le samedi à 10 heures, par le Dr Latteux ; leçons les lundi, mercredi et vendredi à 10 heures, par M. Pozzi.

Pharmacien : M. Delépine. — *Dentiste* : M. le Dr Bruneau.

Consultations pour les maladies vénériennes. — Tous les jours de 9 à 10 h. : Dr Brocq, les lundis, mercredis, et vendredis ; Dr G. Thibierge, les mardis, jeudis, et samedis.

Consultations de dermatologie. — Dr Brocq, les lundis, mercredis et vendredis à 8 heures. — Conférences de dermatologie tous les mercredis, à 8 1/2. — Dr Thibierge, les mardis, jeudis et samedis, à 8 heures.

Consultations de gynécologie. — Tous les jours à 9 heures du matin à l'annexe Pascal, à l'angle de la rue Pascal et de la rue Corvisart, assistant de consultation, M. le Dr Jayle.

Bibliothèques des Internes en médecine et en pharmacie. — Le Conseil municipal, en 1879, a voté une somme de 400 fr. pour la bibliothèque des internes en médecine et une somme de 300 fr. pour celle des internes en pharmacie. Depuis, il a voté tous les ans une subvention.

Hôpital Broussais, 96, rue Didot : 270 lits. Directeur M. Dussaut. — *Médecins* : M. Gilbert, Salles Lasègue et Parrot (H.), Cazalis et Gubler (F.). — M. Œttinger, Salles Delpech et Hillaret (H.). Archambault et Axenfeld (F.). — *Chirurgien* : M. Potherat, Salles Follin (H.) et Broca (F.). Consultation pour les maladies des voies urinaires : le jeudi à 9 heures. — *Pharmacien* : Cousin. — *Dentiste* : M. le Dr Roy.

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours non fériés à 8 heures du matin. — *Médecine* : M. le Dr Carnot : médecin des hôpitaux ; M. le Dr Marcel Garnier, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr Auvray, chir. des hôp. ; M. le Dr Fossard, suppléant.

Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob : 663 lits. Directeur : M. Magdelaine. — *Clinique chirurgicale.* Professeur : M. Tillaux ; Chef de clinique, M. le Dr Marcille. Leçons de clinique chirurgicale et opérations les mercredis et vendredis, à 9 h. Salles Velpeau et Trélat (H.), Gosselin (F.). — *Chirurgien* : M. Campenon. Salles J.-L. Petit (F.) et Boyer (H.). Le mercredi, leçon de clinique chirurgicale et opérations. Le samedi, examen à l'ophtalmoscope. Examen au spéculum le jeudi. — *Médecins* : M. Labadie-Lagrave. Salles Beau (F.) et crèche de 14 lits et Vulpian (H.). — M. Morel-Lavallée. Salles Cruveilhier (F.) et Corvisart (H.). — M. Toupet. Salles Briquet (F.) et Rayer (H.). — M. Roger. Salles Frère Côme (F.), et Laënnec (H.), — M. Moutard-Martin. Salles Andral (F.) et Louis (H.). Visite à 9 h. — M. H. M. Oulmont Salles Bouillaud (H.) et Piorry (F.). Visite à 9 h. 1/2.— *Accoucheur* : M. le Dr Maygrier. Service spécial d'accouchements. Tous les matins à 9 h. Les étudiants, pour être admis dans le service, doivent être munis de cartes délivrées à l'hôpital Enseignement clinique les mardi, jeudi et samedi. Consultations pour les femmes enceintes tous les jours. — *Pharmacien* : M. Guinochet. — *Dentiste* : M. le Dr Cruet. Assistant : M. le Dr P. Robin, D. H.

Consultations externes : les mardis et samedis à 9 heures.

Service d'électrothérapie : M. le Dr Regnier ; M. le Dr Donatien Labbé, suppléant.

Laboratoire d'anatomie pathologique, chef : M. Lesné ; chef adjoint du laboratoire des travaux bactériologiques et chimiques : M. Noé.

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours à 9 heures. — *Médecine* : M. le Dr Josué, méd. des hôp. ; M. le Dr Fauquez, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr Launay, chir. des hop. ; M. le Dr Minet, suppléant.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Cette bibliothèque, fondée par le Dr Passant, a été transférée dans un vaste local convenablement aménagé. Elle a reçu des dons importants provenant des bibliothèques du regretté Clozel de Boyer, du professeur Bouillaud et de M. Farcy. Les internes en médecine donnent tous les journaux et thèses qu'ils reçoivent et pourvoient aux frais d'entretien en s'imposant une cotisation mensuelle. Elle reçoit 400 fr. chaque année du Conseil municipal.

Clinique d'accouchements Tarnier, rue d'Assas, 89 : 216 lits. — Sous la direction du directeur de la Maternité.— *Accouchements* : M. le Pr Budin ; Chef de Clinique : M. Jeannin ; Chef de clinique adjoint : M. Guéniot ; Chef de laboratoire : M. Nicloux ;

(1) Il est à remarquer que les externes des hôpitaux dits excentriques touchent comme indemnité de déplacement 30 fr. et même 50 fr., par exemple à Tenon. Ne serait-il pas juste qu'il y eût des indemnités égales pour des distances égales, qu'on soit médecin, chirurgien, interne ou externe ? L'équité le voudrait.

(2) La subvention municipale annuelle est de 180 francs.

Chef adjoint : M. Coudert. — Leçons : mardi et samedi, à 9 heures, à l'issue de la visite. Les étudiants peuvent entrer munis d'une carte spéciale qui leur est délivrée par le professeur ou la Faculté. Actuellement, outre les stagiaires, les docteurs français et étrangers et les élèves désireux de s'inscrire, pour suivre assidûment le service, sont certains d'en obtenir l'autorisation à condition de satisfaire à certaines mesures de contrôle. Ce contrôle, indispensable à la surveillance et à la sécurité hygiénique de l'établissement, consiste dans le port de la carte déjà mentionnée. Ces conditions remplies, les élèves du service de la Faculté examinent, à tour de rôle, les femmes enceintes, en travail ou récemment accouchées, sous la direction du professeur ou du chef de clinique. Ils sont organisés en série pour la pratique des accouchements et dirigés par des moniteurs. L'entrée de l'hôpital est accordée à tous dans le cas d'intervention opératoire. Le jeudi, consultation à 9 heures, pour les femmes atteintes d'affections gynécologiques consécutives à l'état puerpéral. Le mercredi et le vendredi, à 9 heures, consultation pour les nourrissons. On sait quels grands services rendent ces consultations dont la première a été créée en 1892, par M. Budin ; on y dirige l'alimentation et l'hygiène des enfants après leur sortie du service.— *Moniteurs du Service*, MM. Barlerin, Buron, Donzeau, Pierra, Vanillier, Valency. — *Dentiste* : M. Bouvet ; — *Pharmacien* : un Interne sous la surveillance du Pharmacien de la Maternité.

Clinique d'accouchements Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal : 178 lits sous la direction du directeur de la Maternité. — M. Pinard, professeur. Chef de clinique : M. Sauvage. Chef de clinique adj. : M. Mouchotte. Chef de laboratoire : M. Couvelaire. Cet établissement, qui a son entrée boulevard de Port-Royal, 125, est absolument indépendant de la Maternité. — Sage-femme en chef : Mlle Roze : — *Pharmacien* : M. Béthal, pharmacien de la Maternité. — *Dentiste* : M. le Dr Bouvet.

Hôpital Cochin, 47, faubourg Saint-Jacques : 561 lits. Directeur : M. Baron. — *Médecins* : M. F. Widal. Salles Lasègue, Woillez et Beau (H.) : Salles Briquet et Blache (F.). Visite à 9 h. 1/2 du matin. Interrogatoire des élèves au lit du malade. — M. Chauffard. Pavillon Claude-Bernard (Hommes) : Salles Chauffard, Hanot, Straus, Dujardin-Beaumetz. Pavillon-Potain (Femmes) : Salle Delpeuch. Spéculum le jeudi. Un laboratoire de bactériologie parfaitement aménagé, et un amphithéâtre de cours particuliers sont annexés au service. — *Chirurgiens* : M. le Dr Schwartz. Salles Demarquay et Gosselin, (H.) ; chambre d'isolement, 7 lits (H.) ; Salles Richet et Sédillot, (F.) ; chambres d'isolement 5 lits (F.). Visite à 9 h. Leçons cliniques au lit des malades et conférences de pathologie chirurgicale. — M. le Dr Quénu. Salles Cochin et Boyer, (H.), Pavillon Pasteur, 40 lits (F.) Service temporaire de chirurgie (réserve), 40 lits (hommes), Salles Viel et Antheaume. Visite à 9 h. Conférences cliniques tous les jours au lit des malades.

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours à 9 heures. — *Médecine* : M. le Dr Claude, médecin des hôpitaux, M. le Dr Bize suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr Rieffel, chirurgien des hôpitaux : M. le Dr Veau, suppléant.

Gynécologie chirurgicale. — M. le Dr Richelot ; assistant : M. le Dr Morestin, C. H., pavillon Velpeau. Ce service est interdit aux étudiants en médecine. Cependant, avec une permission spéciale du chef de service, quelques élèves peuvent assister à la visite qui a lieu à 8 h. 1/2. Les consultations et admissions pour le service de gynécologie ont lieu les lundi, mercredi et vendredi.

Traitement des maladies des dents : M. le Dr Bouvet, dentiste. Consultation, traitement et extraction, le vendredi de chaque semaine, à 9 heures du matin ; pour les malades, à la demande de MM. les chefs de service. — *Pharmacien* : M. Grimbert.

La Bibliothèque des internes en médecine a été fondée en 1877. Elle reçoit du Conseil municipal une subvention annuelle de 200 fr. et compte aujourd'hui 600 volumes. *La bibliothèque des internes en pharmacie* a été fondée en 1886 après la laïcisation. Elle reçoit annuellement une subvention de 150 fr. et compte déjà plus de 1.000 volumes.

Hôpital Cochin-Annexe, anciennement du *Midi*, 111, boul. de Port Royal : 256 lits sous la direction du directeur de Cochin. — Les visites et consultations se font très régulièrement tous les jours, de 8 h. à 10 h. — *Chirurgien* : M. Humbert. 1re division. Salles I, II, III, IV. Consultations les lundis et jeudis. — *Médecins* : M. Queyrat, 2e division. Salle VII (peau), salle VIII (syphilis), salle VI (service provisoire de médecine générale). Consultations les mercredis et samedis de 8 h. à 10 h. — M. le Dr Alex Renault. 3e division. Salles IX, XI et XII (syphilitiques). Salle X (dermatologie). Consultations les mardi et vendredi. Conférences le jeudi à 6 heures. — Le musée, créé par M. le Dr Horteloup, où sont réunies un grand nombre de pièces montées *avec soin*, présente un grand intérêt pour l'étude des *maladies vénériennes* et mérite d'être visité *avec soin*. — L'installation de la belle bibliothèque Ricord est terminée, le nombre de volumes légués s'élève à 2.500 environ. C'est une des plus importantes bibliothèques des salles de garde des hôpitaux : elle est d'ailleurs très bien entretenue. — *Dentiste* : M. le Dr Bruneau.

Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres : 742 lits. Directeur : M. Jansse. — M. le professeur Grancher (ou le chargé de cours, M. Méry) fait des leçons cliniques le mardi et le samedi, à 4 heures, à partir du mois de novembre. Consultations spéciales dans le service ; le mercredi, maladies de la peau, par M. le Dr Veillon ; le lundi et samedi, maladies du nez, de la gorge et des oreilles, par le Dr Cuvillier ; le mardi, électrothérapie par M. Larat, à 9 h. 1/2. Maladies des yeux, Dr Roche, samedi à 9 h. 1/2. Consultations de nourrissons. M. Mery, samedi à 10 heures. Les deux salles de chroniques Molland (G). et Bilgrain (F.) appartiennent à M. le Dr Broca et forment un service de *chirurgie chronique*. — *Médecins* : M. Grancher, professeur. Chef de clinique, M. le Dr Terrien ; chef de clinique adjoint : M. Armand-Delille. Chef de laboratoire : M. Veillon ; préparateur de chimie : M. Auclair ; moniteur : M. Tissier. Consultation le lundi. Salles Bouchut (G. aigus), Parrot (F. aiguës), Husson (Crèche de 8 lits de chroniques). Le laboratoire dépendant de la chaire de clinique des maladies des enfants est installé au 2e étage du bâtiment de l'horloge. — M. Variot. Consultations le jeudi (conférences cliniques). Salles Damaschino (G) et Gillette (F). Leçons cliniques à l'amphithéâtre et à la salle Gillette, le mercredi à 10 heures. — M. Comby. Consultation le mardi. Salles de Chaumont (F.). Cours de thérapeutique clinique le mercredi à 9 heures, salle de Chaumont— M. le Dr Moizard. Leçons cliniques le mercredi et le samedi au lit des malades. Salles Guersant (H.) Consultation le vendredi. — M. Richardière. Consultation le mercredi. Salle Blache (G. aigus) leçons cliniques, le mardi au lit des malades.

Pavillons d'isolement. — Les deux pavillons (pavillons Trousseau) inaugurés en 1882, pour l'isolement et le traitement de la diphtérie, renferment chacun, 25 lits y compris 10 lits d'isolement et sont destinés l'un aux garçons, l'autre aux filles. Ces pavillons sont depuis le 30 mai 1900 affectés au traitement de la scarlatine. Le service de la diphtérie est depuis le 8 février 1900 installé dans un pavillon neuf. Le service est fait par M. le Dr Marfan. Consultation le samedi. Ils sont assez bien aménagés. Les internes y font peu de trachéotomies actuellement et de nombreux tubages. Au commencement de l'année, un moniteur de trachéotomie (un ancien interne de l'hôpital) guide les internes pendant un mois, comme à Trousseau, à Bretonneau et à Herold.— Le service spécial des rubéoliques est dans un pavillon spécial, récemment fondé, ouvert le 8 février 1900, il est fait de la même façon par les médecins de l'hôpital.—On y avait construit jadis un pavillon (Système André) de 24 lits pour le traitement des scarlatineux ; mais ce pavillon n'existe plus ; il a été transporté à Aubervilliers. — (Voir plus haut la note concernant la scarlatine.) Installation d'un service de crèche de 16 lits dans les dépendances de l'ancienne communauté, pour les enfants d'un an et au-dessous. Le service de la rougeole, de la scarlatine, de la coqueluche et de la crèche est fait à tour de rôle par chacun des médecins de l'établissement et pendant un an, depuis le 1er janvier 1895. Un service de douteux contenant 18 chambres d'isolement, a été ouvert le 1er janvier 1896. Chef : M. le Dr Moizard, salle H. Roger.

Chirurgiens. M. le Pr Kirmisson, professeur de clinique ; chef de clinique : M. Grisel ; chef-adjoint : M. Tridon ; chef du laboratoire : M. le Dr Bize. Visite à 9 h. 1/2. Consultation les lundis, mercredis et vendredis. Conférences cliniques à l'amphithéâtre le mardi, samedi, à 9 h. Opérations les mardis, jeudis, samedis. Le jeudi, consultation d'orthopédie, à 10 h. Salles Giraldès, Baffos (G.), salles Baudelocque et Bouvier (F.), deux sexes en crèche chirurgicale infantile. M. A. Broca, salles Molland (G.) et crèche de chirurgie infantile ; Bilgrain (F. chroniques) et Archambault (G. et F.). Consultations les mardis, jeudis, samedis, à 10 heures. —*Pharmacien* : M. Sonnié-Moret. — *Dentiste* : M. le Dr Galippe. Consultations externes les lundis et vendredis à 9 heures.

Consultations de médecine et de chirurgie le dimanche à tour de rôle par les médecins et les chirurgiens.

Bibliothèque. — Elle possède actuellement 1.600 volumes environ, M. le Dr Ollivier ayant légué sa bibliothèque médicale à l'hôpital. Elle reçoit chaque année une allocation du Conseil municipal.

Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau : 850 lits. Directeur : M. May. — *Médecin* : M. Hutinel. Salles Archambault, Roger et Valleix. Pavillon Pasteur destiné aux enfants de la consultation. — *Chirurgien* : M. Jalaguier. Salles Giraldès et Bouvier. — *Consultations pour les maladies de l'enfance*. Des consultations gratuites pour les maladies des enfants

sont établies à l'hospice des Enfants-Assistés. Ces consultations ont lieu régulièrement tous les jours, à 9 heures du matin, le lundi, le mercredi et le vendredi, pour la médecine, et le mardi, le jeudi et le samedi, pour la chirurgie et l'orthopédie. Entrée, rue Denfert-Rochereau, n° 76. — Un pavillon contenant 36 lits a été annexé à la consultation. On y reçoit les enfants dont l'état nécessite des opérations qui ne peuvent pas être pratiquées à la consultation. Il existe à l'hospice des pavillons spéciaux d'isolement pour les maladies contagieuses. — *Pharmacien* : Un interne, sous la surveillance du pharmacien de la Maternité, est chargé de la pharmacie. — *Dentiste* : M. le Dr THOMAS. Consultations pour les maladies de la bouche et des dents le lundi et le vendredi, à 9 heures 1/2.

Annexe de l'Hospice des Enfants-Assistés, à Thiais. — Le service médical est confié à un médecin de Choisy-le-Roi, M. le Dr BOURIER.

Une autre annexe a été installée à Châtillon-sous-Bagneux (Seine). Cet établissement est destiné à recevoir les enfants athrepsiques et syphilitiques, qui ne peuvent pas être envoyés en province. — Médecin : M. le Dr BARBILLION.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Cette bibliothèque, fondée il a quelques années, possède actuellement environ 200 volumes. Elle a reçu à titre de premier don du Conseil municipal une somme qui a permis l'achat du *Dictionnaire de Méd. et de Chir. prat.* Une somme de 200 fr. est allouée chaque année par l'Administration de l'Assistance publique pour l'entretien de cette bibliothèque. Un certain nombre d'ouvrages reçus sont dus à la libéralité de leurs auteurs.

Hôpital Herold, place du Danube : 228 lits. — Directeur : M. HAYET. — *Médecins* : MM. BARBIER. Salles Gubler, Trousseau, Bazin, Pasteur. M. LESAGE. Salles Guéneau de Mussy, Hardy, Bouillaud, Potain, Moutard-Martin. — *Chirurgien* : M. N..... Salles Ollier, Richet, Trélat et Broca. — Consultation de médecine et de chirurgie (maladies infantiles). Tous les jours à 9 heures, — *Dentiste* : M. MOIROUD (consultations les lundis et vendredis à 9 heures). — *Pharmacien* : M. BOUGAULT.

Hôtel-Dieu, Parvis Notre-Dame : 669 lits. Directeur : M. JORET. — *Médecins* : M. le Prof. DIEULAFOY. Salles Saint-Christophe (H.), Sainte-Jeanne (F.). — M. BRISSAUD. Salles Saint-Charles (H.) et Ste-Madeleine (F.). — M. FAISANS. Salles St-Augustin (H.), et Ste-Monique (F.). — M. A. PETIT. Salles St-Denis (H.) et Ste-Martine (F.). — M. MUSELIER. Salles St-Louis (H.) et Ste-Marie) (F.). — M. BALLET. Salles St-Thomas (H.) et Ste-Anne (F.). — *Chirurgiens* : M. le professeur LE DENTU. Salles St-Jean (F.) (gynécologie), Saint-Landry (H.) et Notre-Dame (F.). — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Salles Ste-Marthe (F.) et Saint-Côme (H.). — M. le professeur de LAPERSONNE. Salles St-Julien (H.) et Ste-Agnès (F.). (Maladies des yeux). Consultations tous les jours.

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours à 9 h. *Médecine* : M. le Dr ENRIQUEZ, médecin des hôpitaux : M le Dr AUDISTÈRE, suppléant. *Chirurgie* : M. le Dr MARION, chirurgien des hôpitaux ; M. le Dr DARTIGUES, suppléant. Consultations spéciales : Maladies nerveuses ; mercredi à 9 h. Dr BRISSAUD, Dr P. LONDE, assistant ; samedi, à 9 h. Dr BALLET : maladies du cœur ; jeudi à 10 h., Dr MUSELIER.

Cliniques de la Faculté : MM. DIEULAFOY, de LAPERSONNE et DUPLAY, prof. — M. DIEULAFOY, le mercredi à 9 h. 1/2 et le samedi, à 10 heures ; Chef de clinique, M. NATTAN-LARRIER ; chef de clinique adjoint, M. CROUZON. Chefs des laboratoires : MM. LŒPER et GOURAUD ; aide-préparateur de laryngologie : M. BONNIER ; aide-préparateur d'électrothérapie : M. LACAILLE ; préparateur de dermatologie : M. DEHU. — M. LE DENTU ; les mardis et samedis. Consultations pour les maladies du nez et des oreilles. Chef de clinique chirurgicale : M. BAUDET ; Chefs de laboratoire : M. PETTIT. Il existe à l'Hôtel-Dieu un laboratoire de chimie et de physiologie. Un local considérable a été attribué à ces laboratoires, qui sont installés d'une manière satisfaisante. Il y a, de plus, à l'Hôtel-Dieu, cinq grands amphithéâtres et cinq salles de conférences, où les chefs de services et les fonctionnaires des laboratoires peuvent faire des leçons théoriques et pratiques, qui sont annoncées par des affiches spéciales. — Clinique des maladies des yeux : prof. M. de LAPERSONNE ; Chef de clinique ophtalmologique : M. SCRINI ; chef de clinique adjoint : M. POULARD, consultation tous les jours. Les élèves sont exercés au maniement de l'ophtalmoscope. Leçons cliniques les lundis et vendredis. Examen ophtalmoscopique tous les mercredis. Un cabinet de physique, annexé à ce service, permet d'initier les élèves aux difficultés de la réfraction. — Chef du laboratoire : M. MONTHUS ; chef des travaux d'optique : M. PLEY ; chef des travaux d'oto-rhino-laryngologie : M. GELLÉ. — *Préparateur* : M. METTEZ. — *Pharmacien* : M. VILLEJEAN. — *Dentiste* : M. le Dr PIETKIEWICZ. M. le Dr GOURC, assistant. Consultations les lundis et vendredis, à 9 heures.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Cette bibliothèque, fondée depuis plusieurs années, est très belle et compte aujourd'hui plus de 3.000 volumes et de 6.000 thèses ; une somme de 2.000 fr. lui a été attribuée par le Conseil municipal, en 1877 ; elle reçoit 500 fr. chaque année depuis 1878.

Hôtel-Dieu (*annexe*) 211 lits. — 1° *Service temporaire de médecine.* 158 lits. M. DUPRÉ (M. H.), salle Saint-Antoine (H.) et salle Saint-Pierre (H.) ; M. LAMY (M. H.), salle Saint-Bernard (H.) et salle Saint-Raphaël (H.).

2° *Maternité.* — *Accoucheur* : M. le Dr CHAMPETIER DE RIBES. Assistant : M. le Dr BOUFFE DE SAINT-BLAISE Ac.Hôp. 53 lits et 53 berceaux. Salle de travail et isolement. Salle Baudelocque. Salle Mauriceau. Consultation tous les jours. Directeur : M. JORET.

Hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres. Nombre de lits : 618, dont 20 pour les enfants, crèche. Directeur : M. L. MOUTON. — *Médecins* : M. LANDOUZY. Prof. de clinique ; Chef de clinique : M. LAIGNEL-LAVASTINE ; Chef adjoint : M. LORTAT-JACOB ; chef de laboratoire : M. Marcel LABBÉ ; chef adjoint : M. Henri LABBÉ. Salles Broca (F.), Chomel(H.), et (crèche). — M. MERKLEN. Salles Larochefoucauld (H.), Claude-Bernard (F.,) — M. BARIÉ. Salles Grisolle (H.), Monneret (F.), — M. BOURCY. Consultation pour les maladies de l'abdomen le jeudi. Salles Cruveilhier (H.), Legroux (F.) 2 services temporaires de médecine (H.), sont dirigés par MM. les Drs E. C. AVIRAGNET et LEGRY, médecins des hôpitaux. — *Chirurgien* : M. P. RECLUS. Salle Malgaigne (H.) et Chassaignac (F.), Alexis Boyer (H. et F.) (pavillon Récamier) (grandes opérations). — *Pharmacien* : M. BOURQUELOT. — *Dentiste* : M. le Dr SAUVEZ. Consultation le samedi.

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours, à 9 heures. — *Médecine* : M. le Dr LABBÉ (Marcel), médecin des hôpitaux ; M. le Dr RIBIERRE, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr P. RICHE, chirurgien des hôpitaux ; M. le Dr GESLAND, suppléant.

Consultations spéciales : pour les maladies du cœur, le mercredi (Dr MERKLEN) et le vendredi (Dr BARIÉ) ; pour les maladies du thorax et de l'abdomen, le lundi (Prof. LANDOUZY). — Pour les maladies de l'abdomen, le jeudi (Dr BOURCY). — Pour les maladies des organes génitaux, le samedi (Dr RECLUS).

Des conférences ont lieu chaque matin à l'hôpital Laënnec, soit au lit du malade, soit dans l'Amphithéâtre agencé de manière à permettre des démonstrations pratiques au moyen de projections. — M. MERKLEN. Tous les matins visite et conférence de *séméiologie* à 9 h. 1/2 dans le service. Leçon clinique à l'Amphithéâtre le dimanche à 10 heures. — M. BARIÉ. Tous les matins à 9 heures 1/2, leçon clinique au lit du malade. Le mercredi à 10 heures, conférence de *clinique et de thérapeutique* à l'Amphithéâtre. Le vendredi à 10 heures, consultation pour les maladies du cœur. — M. BOURCY. Tous les matins, leçon clinique au lit du malade, le samedi à 10 heures 1/2, conférence de *clinique et de thérapeutique* à l'Amphithéâtre. — M. RECLUS. Tous les matins à 9 heures, examen des malades, leçon clinique et opérations. Le samedi à 10 heures, conférence de *therapeutique chirurgicale* à l'Amphithéâtre.

Des laboratoires et des musées particuliers sont annexés à chaque service (1). Le laboratoire appartient à M. le Dr Landouzy, depuis le décès de M. Damaschino et est disposé pour des recherches d'histologie, de physiologie pathologique et de chimie, recherches de microbes, etc., etc. Un atelier de photographie est annexé à l'hôpital ; il permet de conserver la photographie des malades et des pièces anatomiques intéressantes. Un établissement de bains est ouvert, tant pour le service interne que pour le service externe : on y trouve, indépendamment de deux vastes salles (H. et F.), douches, salles de sudation, vapeur, etc. L'établissement possède en outre une étuve de désinfection à vapeur sous pression.

Hôpital Lariboisière, rue Ambroise-Paré : 968 lits. — Directeur : M. FAURE. — *Médecins* : M. LE GENDRE. Salles Grisolle (H. T.) Bernutz (F. A.) et Baraq. (H. A.). Consultation pour les maladies professionnelles (intoxications provenant de certaines professions) le mercredi à 9 h. Dr PLICQUE, assistant. M. GALLIARD Salles Aran (F.), Rabelais (H. T.), et Barth (H.-A.). — M. LANDRIEUX. Salles Trousseau (F.) J. Bouley (H. A.), et Langle A. (F. T.). Consultation de gynécologie et spéculum le jeudi. — M. BRAULT. Salles Maurice Raynaud (F. A.), Lasègue (H. A.) et Langle (B. F. T.). — M. TAPRET. Salles Louis (F. T.), Bazin (H. A.), Husson (F. A.), Vincent de Paul (crèche). — *Oto-rhino-laryngologiste* : M. Pierre SÉBILEAU. Assistant : M. le Dr GRIVOT. Salles Davaine (F.) Woillez, (H.) — Les consultations pour les

(1) Nous pensons toujours que l'Administration ferait bien de réunir tous ces musées particuliers, qui constituent des foyers peu hygiéniques, dans le musée spécial qui a été construit, sur notre rapport, après un vote du Conseil municipal, dans le nouveau service des morts. (B.)

maladies *du larynx, du nez et des oreilles* ont lieu les lundis, mardis, vendredis et samedis à 9 heures. Leçons cliniques par M. Sébileau, — *Chirurgiens* : M. Peyrot, assistant M. le Dr Souligoux. chir. des hôp. Salles Denonvilliers (F.). Nélaton (H.), Voillemier (H.), Baraquement (F.). — M. Reynier. Salle Gosselin (F.), Ambroise Paré (H.). — M. le prof. Poirier, Salles Elisa Roy F.), et Chassaignac (H.). Examen des malades, les lundis et jeudis ; opérations les mardis et vendredis.

Service des maladies des yeux. — M. Morax ; M. Chaillous, assistant. Consultation et traitement des malades externes tous les jours à 9 h. Salle Demours (F.) et David (H.).

Service Civiale (voies urinaires). — M. le Dr Hartmann ; assistant, M. le Dr Lebreton. Consultation tous les jours à 9 heures.

Service d'accouchements. — M. Bonnaire. Salles La Chapelle et Mauriceau (F.) (entrée par le 43 du boul. de la Chapelle). Chambres d'isolement salle Perreau). Visite tous les matins, à 9 h. 1/2. Consultations tous les jours, consultation de gynécologie, les mardis et samedis. Les élèves autorisés, par le chef de service et *munis de cartes* délivrées par l'Administration, sont organisés par séries pour l'examen des femmes enceintes et des femmes en travail. Ils font des acouchements sous la direction du personnel. L'accès de l'hôpital leur est permis pendant toute la journée, lorsqu'une femme est en travail. Environ deux mille deux cents femmes par an se présentent pour accoucher et sont réparties entre les salles d'accouchements et les sages-femmes agréées de la ville. Conférences théoriques et cliniques avec exercices sur le mannequin. — *Pharmacien* : M. Patein.

Dentiste : M. le Dr Rodier. Assistant : M. le Dr Capdepont, dentiste adjoint des hôpitaux. Consultations externes les lundis et vendredis à 10 h.

Service annexe d'électrothérapie : M. le Dr Hischmann. M. le Dr Coquelet, suppléant.

Consultations de Médecine et de Chirurgie, tous les jours, à 9 heures. — *Médecine* : M. le Dr Gouget, médecin des hôpitaux ; M. le Dr Paul Tissier, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr Savariaud chirurgien des hôpitaux ; M. le Dr de Font-Réaulx, suppléant.

Bibliothèque des internes en médecine. — Installée définitivement dans une salle spéciale, elle a obtenu du Conseil municipal une subvention de 2,000 fr. en 1876, de 500 fr. à partir de 1878. Elle compte environ 2.500 volumes.

Bibliothèque des internes en pharmacie. — Ils ont reçu de 1886-1899 une subvention de 300 francs pour la fondation et l'entretien d'une bibliothèque à leur usage personnel. La bibliothèque est installée dans une salle spéciale.

Ecole municipale d'Infirmières (même organisation qu'à la Pitié). — *Cours d'Administration* : M. Faure, directeur de Lariboisière. — *Anatomie* : M. le Dr Dauriac, ex-interne des hôpitaux. — *Physiologie* : Mme le Dr Pilliet-Edwards, ex-interne provisoire des hôpitaux. — *Pansements* : M. le Dr Isch-Wall, ex-interne des hôpitaux. — *Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés* : M. le Dr L. Tissier, accoucheur des hôpitaux. *Hygiène* : M. le Dr Cornet, ex-interne en pharmacie des hôpitaux. — *Petite pharmacie* : Mme Chaboseau-Napias, lauréate de l'Ecole de pharmacie. — *Massage* : M. le Dr de Frumerie. Directeur de l'enseignement : Dr Bourneville (1).

Maison municipale de Santé, rue du Faubourg-Saint-Denis, n° 200, 333 lits. Directeur : M. Leblanc. — *Médecins* : MM. Courtois-Suffit et P. Boulloche. — *Chirurgiens* : MM. Pierre Delbet et Albarran. Cet établissement ne reçoit que des malades payants. Il n'est accessible qu'aux élèves du service, internes et externes. Salles d'opérations nouvellement installées. Les internes possèdent une *Bibliothèque médicale* contenant plus de 900 volumes, dont une partie a été léguée en 1875 par M. Demarquay. En 1886, elle s'est enrichie du Dictionnaire de Jaccoud. Plusieurs collections de journaux seraient à compléter. Elle reçoit du Conseil municipal une subvention annuelle de 300 francs. La Maison municipale de santé possède deux laboratoires, un pour chaque service de médecine. — *Pharmacien* : M. Guerbet.

Maison-Ecole d'accouchements, 119, boulevard de Port-Royal, 497 lits, dont 129 berceaux. Directeur : M. E. L'Huillier. *Médecin* : M. Charrin, professeur au Collège de France. — *Accoucheur en chef, professeur en chef* : M. le Dr Porak. Assistant : M. le Dr Macé (A. H.). — *Accoucheur-adjoint* : M. le Dr Potocki, accoucheur des hôpitaux. Consultations tous les jours à 9 heures du matin. — *Pharmacien* : M. Béhal. — *Dentiste* : M. le Dr Bouvet. — *Sage-femme en chef*, Mlle Hénault. Cet hôpital est complètement fermé aux étudiants ; il est réservé, par l'Administration de l'Assistance publique, pour l'éducation des élèves sages-femmes. Il y a trois internes : un est attaché au service de médecine, les deux autres au service d'accouchement ; un externe est attaché au service du médecin, en raison de la consultation externe que fait, les mardis et samedis, M. Charrin pour les maladies de la grossesse. Cette maison comprend, en réalité, deux parties distinctes : l'Hôpital et l'Ecole. — Les femmes enceintes peuvent être reçues pendant le neuvième mois de leur grossesse cette réception est faite chaque jour, à 2 heures, par la sage-femme, sous le contrôle de l'accoucheur en chef. Une salle contenant 30 lits est destinée aux femmes enceintes valides. Si ces femmes sont atteintes d'une affection médicale ou offrent un rétrécissement du bassin, elles peuvent être admises dans deux salles spéciales, l'une (méd.) de 30 lits, l'autre de 12 lits. Le service d'accouchement se compose de quatre salles, de 18 lits chacune pour les femmes qui ont des suites de couches simples, d'une salle de 15 lits et de 10 chambres à un lit pour les femmes suspectes ou dont l'accouchement a été laborieux, etc., et enfin d'un service de 10 chambres où les femmes malades peuvent être isolées. Il y a donc, au total, 107 lits pour les femmes accouchées et 42 lits pour les femmes enceintes. Huit nourrices sont attachées au service d'accouchement ; trois au service de médecine.

Un nouveau service a été ouvert récemment pour les enfants nés prématurément ou débiles ; il comporte environ 40 places (couveuses ou berceaux), 14 nourrices y sont attachées. On reçoit les enfants amenés du dehors à toute heure. Ce service est placé sous la direction de M. Porak, accoucheur en chef de la Maternité.

L'Ecole d'accouchement possède en moyenne une centaine d'élèves. Il y a six aides sages-femmes, choisies parmi les lauréates des concours. Toutes les élèves sont internes : elles peuvent sortir une fois par mois, accompagnées de leur père, de leur mère, de leur mari ou du correspondant désigné par les ayants droit. Le prix de la pension est fixé, par an, à 1,000 fr. La durée des études est de deux années.

Outre le cours d'accouchement fait par l'accoucheur en chef et l'accoucheur-adjoint, les élèves suivent des leçons sur les maladies puerpérales et les maladies des nouveau-nés, faites par le médecin de la Maternité ; sur l'anatomie et la physiologie élémentaires, faites par les internes du service d'accouchement, sur les antiseptiques et les éléments de physique et de chimie faites par le pharmacien. Le cours d'anatomie est complété par des démonstrations sur le cadavre faites à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

L'accoucheur en chef a la direction générale et la responsabilité de tous les services obstétricaux ; il a, comme professeur en chef, la direction de l'enseignement théorique et pratique.

Des *laboratoires* (histologie, microbiologie, préparation du lait) ont été organisés.

Une *consultation pour les nourrissons* a lieu tous les samedis ; elle est destinée à surveiller l'allaitement et l'hygiène d'enfants nés à la Maternité. Une consultation pour les maladies de la grossesse a lieu les mardi et samedi (Dr Charrin).

Hôpital Necker, 151, rue de Sèvres : 480 lits. Directeur : M. Brelet. — *Médecins* : M. Cuffer. Consultations pour les maladies du système nerveux le jeudi à 10 h. : Salle Vernois (H.) et pavillon Peter (16 lits de femmes et 16 lits de crèches). Spéculum le samedi. Conférences cliniques tous les matins à 9 h. ; — le mercredi à 9 h. 1/2, conférences cliniques au lit du malade. — M. Huchard. Consultations pour les maladies du cœur, le mardi : Salles Trousseau (H.). Monneret (F.). — M. Barth : Salles Bouley (H.), Lasègue (F.). Consultation pour les maladies des organes respiratoires le mercredi à 9 h. 1/2. Les samedis, leçons cliniques, amphithéâtre Laënnec, à 10 h., à partir du 15 novembre. — M. Hirtz, salles Chauffard (H.), et Delpech (F.). Visite tous les matins à 9 h. — *Chirurgiens. Clinique chirurgicale* : M. le Pr Paul Berger. Chef de clinique : M. le Dr Guibé. Chef adjoint : M. Léo. Salles Malgaigne (H.) et Lenoir (F.). Consultation pour les maladies des femmes les lundis et vendredis à 9 heures. — *Laboratoire du service de clinique chirurgicale* : Chef du laboratoire : M. Herrenschmidt. — *Clinique des voies urinaires* : M. le Pr Guyon. Chef de clinique : M. Cathelin. Chef de clinique adjoint : M. Iselin. Salles Velpeau et Richet (H.) et Lauger (F.). Consultations et traitement externe tous les jours. Les consultations et le traitement externe se font à la salle de la Terrasse. Leçons cliniques et opérations, le mercredi à 9 h. ; policlinique le samedi à 9 heures. Chef de laboratoire d'anatomie pathologique : M. Hallé. Chef du laboratoire de chimie : M. Debains. Musée de la Terrasse (voies urinaires) visible tous les jours. — *Chirurgie générale* : M. Routier. Salle Le Fort (H.), salle Foucher (F.), pavillon Nélaton (H. et F.) (isolement). Consultations de gynécologie les mercredis et samedis. Les consultations ont lieu salle Foucher. — *Dentiste* : M. le Dr Brochard, Consultations externes lundi et vendredi, à 9 heures. — *Pharmacien* : M. Meillère.

Consultations de médecine et de chirurgie, tous les jours à

(1) Rappelons que M. le Dr Bourneville est directeur de l'Enseignement des *quatre écoles municipales d'Infirmières* de l'Assistance publique de Paris.

9 heures. — *Médecine* : M. le Dr P. Teissier, médecin des hôpitaux ; M. le Dr Monod, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr Gosset, chirurgien des Hôpitaux ; M. le Dr Armand Bernard, suppléant.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Fondée en 1878. Cette fondation est due à l'initiative des internes de cette année. A la fin de 1878, elle comptait 50 volumes environ provenant de dons (chefs de service de Necker, et de M. Bourneville) et du montant des souscriptions des internes. Grâce à la subvention votée par le Conseil municipal, la bibliothéque s'est enrichie en 1879 : 1° de la collection de *Bulletins de la Société anatomique* ; 2° en 1881, des *Archives de physiologie* ; en 1882, des *Bulletins de l'Académie de Médecine* et de la *Société de Chirurgie* ; en 1886, du *Dict. de Dech.* Elle compte aujourd'hui plus de 900 volumes. Elle a été encore augmentée, depuis 1883, grâce à des subventions successives accordées chaque année par le Conseil municipal.

Hôpital de la Pitié, 1, rue Lacépède : 740 lits. Directeur : M. Joly. — *Médecins* : M. Lion. Salles Rostan (H.) et Grisolle (F.) Consultation pour les maladies de l'estomac le lundi à 9 h. — M. Dalché. Salle Trousseau (F.) et Rayer (H.). Visite à 9 h. Consultation pour les maladies des femmes le mercredi à 9 h. — M. Babinski. Consultation pour les maladies nerveuses, le mercredi à 10 heures. Salles Jenner (H.) et Laënnec (F.). — M. Darier. Salles Serres (H.) et Valleix (F.). Clinique au lit du malade, vendredi et samedi. Consultation pour les maladies de la peau, les lundis et vendredis à 9 h. — M. Rénon. Salles Piorry (H.) et Lorain (F.). Consultation pour les maladies des voies respiratoires le jeudi à 9 h. — M. Claisse. Salles Monneret (F.) et Cruveilhier (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultations pour les maladies générales. — *Chirurgiens* : M. Terrier, professeur de clinique chirurgicale ; Chef de clinique : M. Dujarier. Chef de laboratoire : M. Mignot. Salles Michon (H.) et Lisfranc (F.). Leçons cliniques, lundi, mercredi, vendredi. Consultations pour les maladies du thorax et de l'abdomen, le lundi, à 10 heures. — M. Walther. Salles Gerdy (F). et Broca (H.). — *Accoucheur* : M. Lepage. Tous les matins à 8 h. 1/2 consultations d'accouchements. Consultations de nourrissons. le mercredi à 9 henres. — *Pharmacien* : M. Lafont. — *Dentiste* : M. le Dr Ferrier. Consultations externes les mardis et samedis à 9 heures.

Consultations de médecine et de chirurgie, tous les jours à 9 h. — *Médecine* : M. le Dr Auclair, médecin des hôpitaux ; M. le Dr Simon, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr Cunéo, chirurgien des hôpitaux. M. le Dr Schwartz, suppléant.

Bibliothèque des Internes en médecine. Une bibliothéque médicale a été fondée, en 1869, par les internes en médecine. Elle est entretenue par les cotisations mensuelles des internes et elle a reçu une subvention du Conseil municipal, 500 fr. en 1877, 1878 et 1879 ; 400 fr. en 1880, 1881, 1882 et 1883 ; 500 fr. de 1884 à 1900. Elle se compose d'environ 1.500 volumes. On devra sous peu la transporter ailleurs, car le local dont on dispose est beaucoup trop restreint.

Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières. — Elle est ouverte à toute personne désirant suivre les cours ; cours pratiques le jour dans les salles, cours théoriques le soir à 8 heures (mardi, jeudi et samedi). *Cours théoriques* : *Administration*, M. Joly, directeur de l'hôpital ; — *Anatomie*, M. le Dr Dauriac ; *Physiologie*, M. le Dr Poulard. — *Pansements*, M. le Dr Petit-Vendol ; — *Hygiène*, M. le Dr Régnier ; — *Soins aux femmes en couches*, M. le Dr L. Dubrisay. — *Petite pharmacie*, M. le Dr Viron, pharmacien de la Salpêtrière. — Massage, M. le Dr de Frumerie.

Hôpital Saint-Antoine, 184, faubourg Saint Antoine : 901 lits. Directeur : M. P. Bru. — *Chirurgie.* M. Monod. Assistant : M. Arrou, chirurgien des hôpitaux. Salles Blandin et Broca (H.), salle Cruveilhier (F.), consultation de gynécologie, le mercredi à 9 heures. — M. Blum : Salles Dupuytren et Velpeau (H.), salle Lisfranc (F.). Consultation de gynécologie le samedi à 9 heures. — Pavillon Gosselin pour les grandes opérations ; 3 lits (H.), 3 lits (F.), placé sous la direction de deux chirurgiens ; de création récente, ce pavillon d'isolement est très bien compris. — *Maternité.* M. Bar, accoucheur ; M. Brindeau, accoucheur des hôpitaux. assistant. Consultation le matin, à 9 heures. — *Médecine.* M. Hayem, professeur de clinique médicale. Chef de clinique, M. Ghika. Chef des travaux d'anatomie pathologique : M. Rosenthal ; chef des travaux de chimie : M. Winter ; Salle Béhier (H.), Salle Bazin (H.), salle Vulpian (Crèche). Chambres isolées 7 lits. — M. Siredey. Salles Bichat (H.), Chomel (F.). Consultations pour les maladies des femmes (gynécologie médicale), le mardi et le samedi à 9 h. — M. Vaquez. Consultations pour les maladies du cœur le mardi et le jeudi à 9 heures 1/2. Salles Damaschino et Lorain (H.), Salle Littré (F.). — M. Le Noir. Consultations pour les maladies du tube digestif, le mercredi à 9 h. 1/2. Le 1er dimanche de chaque mois, consultations spéciales pour les maladies professionnelles (intoxications provenant de certaines professions), 9 h. Salle Axenfeld (H.), Salles Andral (H.) et Barth (F.). — M. Lermoyez. Assistant : M. Bellin. Consultations pour les maladies du larynx, du nez et des oreilles, les mardi, jeudi, samedi et dimanche. Salle Itard (H.), salle Isambert (F.). — M. Mosny, salle Louis (H.). ; Salle Nélaton (F.). — M. Béclère. Salles Magendie (H.) et Grisolle (F.). — M. Jacquet. Consultations pour les maladies de la peau, le mardi et samedi à 9 heures. Salles Aran et Broussais (H.), Salle Rostan (F.). — M. Thoinot. Salles Marjolin (H.), Roux-Corvisart (F.).

Consultations de médecine et de chirurgie. – Tous les jours, à 9 heures. — *Médecine* : M. le Dr Macaigne, médecin des hôpitaux ; M. le Dr R. Labbé, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr Thiéry, chirurgien des hôpitaux ; M. le Dr Fredet, suppléant.

Radioscopie, radiologie, samedi 9 heures, Dr Béclère. Laboratoire central de radiographie, Chef du laboratoire, Dr Leray tous les jours, de 9 h. du matin à 5 h. du soir.

Le *Pavillon des Internes*, construit en 1883 (1), est un modèle du genre. Il y est adjoint une *Bibliothèque* pour les internes, qui est déjà importante.

Pharmacien : M. Lextreit.

Dentiste : M. le Dr Gaillard ; assistant : M. le Dr Pitsch, dent.-adj. des hôp. Consultations externes mardi et vendredi à 10 heures.

Hôpital Saint-Louis, rue Bichat, no 40 ; salle de consultations, même rue, no 38 ; 1.305 lits, dont 993 consacrés aux affections cutanées, 55 lits et 55 berceaux aux accouchements et 257 aux affections chirurgicales. Directeur : M. Caron.

Cliniques dermatologiques et syphiligraphiques. — La médecine générale n'est pas enseignée dans cet hôpital ; mais, en revanche, on y trouve accumulés tous les matériaux et tous les moyens d'études propres à favoriser l'enseignement spécial de la pathologie cutanée. Six chefs de service se partagent les lits réservés aux maladies de la peau ; chacun d'eux fait la consultation un jour par semaine et examine les jours suivants les malades admis dans les salles. Outre les cours officiels organisés par la Faculté, les six médecins de l'hôpital Saint-Louis font tous, pendant le semestre d'été, une série de leçons théoriques et pratiques ; à la suite d'une commune entente, ces leçons sont réparties entre les différents jours de la semaine, de sorte que les étudiants ont pour ainsi dire à choisir, chaque matin, entre les moyens d'instruction qui s'offrent à eux.

Médecins : M. Balzer. Consultation externe le mardi. Salles Alibert (F.) et Devergie (H.), M. le Dr Balzer a, en outre, la direction de l'Ecole Lailler (enfants teigneux). Il est assisté, dans ce dernier service, d'un chef de laboratoire, M. le Dr Sabouraud. — M. le Pr Gaucher, clinique des maladies de la peau. Chef de clinique, M. Paris ; Chef adjoint : M. Sabatié ; Chef du laboratoire d'anatomie pathologique : M. Gastou ; Chef de laboratoire de physiologie : M. Edmond Fournier ; Chef de laboratoire de chimie : M. Desmoulières. Tous les jours de 8 à 10 heures du matin ; salles Saint-Louis (H.) et Henri IV (F.). Consultation le samedi. *Ordre du cours* : Les mardis, leçon au lit des malades (à 9 heures) ; les dimanches, leçon à l'Amphithéâtre (10 h.). — M. Hallopeau. Consultation externe le lundi ; examen des nouveaux malades le mardi. visite générale et policlinique. Clinique, le dimanche pendant l'hiver ; salle Bazin (H.), salle Lugol (F.). — M. Du Castel. Consultation externe le mercredi ; jeudi, examen des nouveaux malades (laboratoire Cazenave). Salles Gibert (F.) et Cazenave (H.) et Pavillon Gabrielle (Hommes). — M. Danlos. Consultation externe le vendredi. Salles Bichat (H.) et Biett (F.) et Pavillon Emery (F.). — M. de Beurmann. Consultation le jeudi. Salles Hillairet (H.) et Lorry (F.).

Une seconde consultation de médecine est faite chaque jour l'après-midi à 1 heure par les chefs du service ; des docteurs leur sont adjoints matin et soir ; MM. les Drs Emery et Marcel Sée sont assistants de consultation titulaires : MM. les Drs Edmond Fournier et Léon Brodier sont assistants de consultation suppléants.

Consultations de l'après-midi : lundi, M. Gaucher ; mardi, M. Danlos ; mercredi, M. de Beurmann ; jeudi, M. Hallopeau ; vendredi, M. Balzer ; samedi, M. du Castel.

L'hôpital Saint-Louis doit surtout sa réputation à l'enseignement spécial des affections cutanées ; mais ses services d'accouchements et de chirurgie sont également des plus actifs.

Le service d'accouchements, dirigé par M. Auvard, contient 55 lits constamment occupés, dont 8 lits d'isolement. Il s'y fait en moyenne 3 accouchements par jour ; 1.000 environ par an ; 4.539 de 1875 à 1880. Ce chiffre n'est dépassé qu'à la Maternité. Visite tous les jours à 9 heures. Consultation les lundi, mercredi,

(1) Voir Bourneville : *Rapport sur la construction d'un bâtiment pour loger les internes en médecine* (22 mai 1882).

vendredi (gynécologie et suites de couches). Les élèves qui désirent suivre la visite ou la consultation doivent se faire inscrire dans le service.

Chirurgiens. — Les services de chirurgie de l'hôpital Saint-Louis sont, avec ceux de Lariboisière, les plus riches et les plus actifs des hôpitaux de Paris. 33.500 malades et blessés se présentent à la consultation, et 2.200 en moyenne sont traités dans les salles. Les chirurgiens, chefs de service, sont : M. le Dr Ricard, salles Cloquet (H.), Gosselin (F.), pavillon d'opérations Cruveilhier. — M. le Dr Guinard (H.) et pavillon (F.), consultation de gynécologie le dimanche à 9 h. — M. le Dr Nélaton, salles Nélaton (H.), Denonvilliers (F.) et pavillon d'opérations Jamain.

Pharmacien : M. Portes.

Dentiste : M. Combe ; assistant : M. le Dr Chompret, dentiste-adjoint des hôp. Consultations externes les mardi et samedi à 9 h.

Une *consultation de chirurgie*, faite par M. le Dr Guillemain, chirurgien des hôpitaux, a lieu tous les matins, à 9 heures. Suppléant : M. le Dr Guibé.

Maladies du cuir chevelu (*Ecole Lailler*). — Laboratoire de la ville de Paris : Dr Sabouraud. — Durant toute l'année scolaire : cours technique d'examen des « teignes » les lundis 9 h. 1/2. Leçon clinique sur les maladies du cuir chevelu, le mercredi 9 h. 1/2.

Musée pathologique (Musée Feulard). — Le Musée, ouvert tous les jours, de 8 h. à midi, sans formalité, contient aujourd'hui 1.833 moulages reproduisant les principes cutanés et parasitaires, 300 dessins et des photographies coloriées. La collection particulière de M. Fournier, jointe depuis plusieurs années au Musée, se compose d'un grand nombre de pièces relatives aux affections syphilitiques et vénériennes. Le Musée particulier de M. Péan contient 500 moulages de pièces chirurgicales. M. Parrot a également enrichi le musée d'une collection d'environ 200 pièces (legs).

Bibliothèques. — Une bibliothèque médicale, fondée en 1888, par les soins des médecins et chirurgiens de l'Hôpital, et subventionnée par le Conseil municipal, est annexée au Musée Pathologique. Cette bibliothèque contient, outre les publications de dermatologie, les principaux ouvrages de médecine et de chirurgie, et la plupart des journaux français et étrangers. Elle est ouverte à tous les médecins et élèves de 8 h. du matin à midi et de 1 h. à 5 h. Cette bibliothèque s'est enrichie en 1893 des collections laissées par MM. Hardy, Vidal et Lailler, et en 1897 des collections données par la veuve du Dr Feulard.

Le conservateur du Musée et de la Bibliothèque est M. le Dr L. Wickham. Une autre *bibliothèque*, enrichie de 1877 à 1886, par des dons du Conseil municipal de Paris, est la propriété des internes en médecine et de l'hôpital ; elle contient d'importantes collections de thèses et de journaux, des ouvrages médicaux variés et les principaux travaux français et étrangers sur les maladies de la peau, 1.500 volumes. Elle a reçu, en 1884, un legs de M. Hillairet.

Hospice de la Salpêtrière (*Femmes*), 47, boulevard de l'Hôpital : 3.883 lits dont 313 pour les malades, 2.741 pour les vieillards, 105 pour les enfants, et 724 pour les aliénées. Directeur : M. Montreuil. — *Médecins* : MM. Raymond et Déjerine. — *Chirurgien* : M. le Dr Paul Segond. Visite et examen des malades à 9 h. Opérations le samedi. — *Médecins aliénistes* : MM. J. Voisin, Charpentier et Deny. — *Médecin adjoint* : M. Roubinovitch. — *Clinique des maladies du système nerveux* : M. Raymond, professeur, les mardi et vendredi à 10 heures. Chef de clinique : M. Guillain. Chef de clinique adjoint : M. Constensoux. Directeur des laboratoires : MM. P. Richer (honoraire) et Huet (titulaire). Chef du laboratoire d'anatomie pathologique : M. Alquier. Service ophtalmologique : MM. Dupuy-Dutemps et Kœnig. Otologie : M. Gellé. Laryngologie : M. Cartaz. Psychologie clinique : M. Janet. Travaux chimiques : M. Yvon, et travaux photographiques : M. Infroit. Moulages : M. Hurel.

Service d'Electrothérapie de la Clinique des maladies nerveuses : M. le Dr Huet.

Conférences par M. le Prof. Déjerine, sur les maladies du système nerveux (semestre d'été), tous les jeudis à 5 h. du soir, salle de la consultation. M. Jules Voisin fait des conférences cliniques sur les maladies nerveuses et mentales, tous les jeudis à 10 h., de décembre à mai et M. le Dr Deny, de mai à fin juillet.

Pharmacien : M. Viron.

Consultation de Chirurgie. — Le lundi, à 11 h., le dimanche et le jeudi à 9 h. du matin. M. le Dr Villemin (C. H.), suppléant : M. le Dr Fresson.

Le service de *consultation externe* fonctionne de la manière suivante. *Médecine* : Consultation externe, M. Raymond, le mardi, à 8 h. et demie ; — M. Déjerine, le mercredi, à 9 heures ; — M. Charpentier, le dimanche et le lundi, à 9 heures ; — M. Deny le vendredi, à 10 heures ; — M. J. Voisin, le samedi, à 10 heures — La consultation de médecine est plus spécialement réservée aux maladies nerveuses et mentales. Depuis 1882, on a ajouté à l'Infirmerie générale 33 lits pour les malades externes, hommes, et l'on a autorisé la réception de quelques malades externes femmes.

Laboratoire de radiographie : chef, M. Infroit.

Institut municipal d'Electrothérapie. — M. R. Vigouroux. Les mardi, jeudi, samedi, de midi à trois heures. Consultation le jeudi.

Bibliothèques. Il existe à la Salpêtrière une *Bibliothèque médicale* fondée et entretenue en partie par les *internes en médecine.* Elle se compose actuellement de plus de 3,000 volumes. Elle a reçu, en 1867, une subvention de 2.000 fr. du Conseil municipal, de 500 fr. de 1878 à 1885, de 600 de 1886 à 1900. — Les Internes en pharmacie ont fondé, en 1884, une *bibliothèque* comptant actuellement 600 volumes, qu'ils entretiennent à l'aide d'une subvention du Conseil municipal. Il est adjoint à la bibliothèque une fort belle collection de matière médicale, don de Vercamer. L'Association des Internes en pharmacie entretient une collection de minéralogie de 200 échantillons. Ces collections sont destinées aux conférences pour la préparation au concours de l'Internat en pharmacie. L'Assistance publique les a dotés, en 1877, du premier laboratoire collectif de chimie et de micrographie, dans lequel il se fait de nombreuses analyses biologiques. Ce résultat justifie la généralisation de cette création dans les autres hôpitaux de Paris.

Ecole municipale d'Infirmières. — Même organisation qu'à Bicêtre. Cours théoriques : *Administration*, M. Montreuil, directeur de l'hospice ; — *Anatomie*, M. le Dr Schwartz, ancien interne des hôpitaux, prosecteur des hôpitaux ; — *Physiologie*, M. le Dr J.-B. Charcot, suppléé par M. Morel, Interne des hôpitaux. — *Pansements*, Mme le Dr Pilliet-Edwards ; — *Hygiène*, M. le Dr Paul-Boncour ; — *Petite pharmacie*, M. Viron ; — *Soins à donner aux femmes en couches*, M. le Dr H. de Rothschild. Massage, M. le Dr de Frumerie.

Hôpital Tenon, rue de la Chine : 919 lits. Directeur, M. Amaury. — *Médecins* : M. Ménétrier. Visite à 9 heures. Salles Andral (H.), Béhier, Cl. Bernard (F.) et Crèche. — M. Klippel. Visite à 9 heures. Salles Lelong (H.), Bouillaud (F.) — M. Achard. Visite à 9 heures. Salles Bichat (H.), Magendie (F.), Laënnec et Valleix (F.) — M. Jeanselme (consultation pour les maladies cutanées et syphilitiques les mercredi et samedi). Visite à 8 h. 1/2. Salles Axenfeld (H.) et Colin (F.), — M. Florand. Visite à 9 h. Salles Barth (H.) et Couverchel (F.). — M. Launois. Visite à 9 h. Salles Gérando (H.), Rayer (F.). — M. Parmentier. Visite à 9 h. Salles Parrot, Lorain (H.). Salle M. Raynaud. Consultation pour les maladies de l'estomac les mardi et samedi. — M. Caussade. Visite à 9 h. Salles Pidoux et Trousseau (H.) et Cruveilhier (F.) — *Chirurgiens* : M. Rochard. Visite à 9 heures. Salles Velpeau, Nélaton, Lisfranc (H.) et Richard Wallace (F.). Opérations tous les jours. — M. Lejars. Visite à 9 heures. Salles Dupuytren, Seymour (H.), Delessert (F.) et Montyon (H.) — Opérations tous les jours. — *Gynécologie et crèche de chirurgie* : M. Beurnier. Salles Boyer et A. Paré. Pavillon Dolheau. Consultations mardi, samedi. Opérations et consultations tous les jours. — *Accoucheur* : M. Boissard. Visite à 9 h. Consultations pour les femmes enceintes, tous les jours. Consultation pour les nourrissons, tous les mardis matin, à 9 h.

Pharmacien : M. Gasselin.

Dentiste : M. le Dr Richer (Paul), consultations externes les mardis et jeudis à 9 h.

Consultations de médecine et de chirurgie. — Tous les jours à 9 heures. - *Médecine* : M. le Dr Apert (Méd. des hôp.) ; M. André Martin, suppléant. — *Chirurgie* : M. le Dr Ombrédanne, chirurgien des hôpitaux ; M. le Dr Delmond-Bébet, suppléant.

Les médecins et les chirurgiens reçoivent une indemnité fixée exceptionnellement à 3.000 fr. en raison de la distance à laquelle est situé cet établissement. Les internes sont logés et touchent indépendamment de leur indemnité réglementaire une indemnité mensuelle de 25 fr. à titre de frais de déplacement.

Dès l'ouverture de l'hôpital (novembre 1877), il a été fondé par les internes une *bibliothèque* d'ouvrages de médecine. Un don de 2.000 fr. du Conseil municipal, puis une subvention de 500 fr. votée chaque année ont enrichi cette bibliothèque qui contient 4.000 volumes. Les *externes* touchent 50 francs par mois au prorata de leurs journées de présence.

Hôpital Trousseau, 158, rue Michel-Bizot. — 254 lits. Directeur : M. Priollet. — *Médecins* : M. le Dr Netter. Salle Bergeron (garçons) ; salle Cadet de Gassicourt (filles). — M. le Dr Louis Guinon. Salle Roger (garçons) ; salle Archambault (filles). — *Chirurgien* : M. le Dr Faure. Salles Giraldès et

Bouvier (garçons), Guersant et Marjolin (filles). Consultation pour les maladies du larynx, du nez et des oreilles chez les enfants, les mardi et samedi à 9 h., Dr BOURGEOIS, assistant. — *Orthopédie* : M. le Dr JUDET, le jeudi à 10 heures.

Les pavillons de contagieux (diphtérie, scarlatine, rougeole et coqueluche) et de douteux sont répartis par roulement entre les deux médecins.

Pharmacien : M. le Dr HÉRET.

Dentiste : M. le Dr JARRE. Consultations externes, les mardis et vendredis, à 10 heures.

Consultations externes de médecine et de chirurgie, tous les jours, à 9 heures. — *Médecine* : M. le Dr NETTER, M. le Dr GUINON, M. le Dr J. RENAULT, médecins des hôpitaux. (M. le Dr DECLOUX, suppléant). — *Chirurgie*, M. le Dr FAURE.

Bibliothèque des Internes en médecine. — Au 1er janvier 1879, la bibliothèque n'était représentée quo par des thèses et par des collections de journaux incomplètes. Il n'existait ni règlement ni cotisations. Grâce à l'initiative des internes et à la générosité de M. le Dr Lannelongue, la bibliothèque est devenue une réalité. Le Conseil municipal de Paris a voté à cette bibliothèque une subvention de 500 fr. en 1880 et une autre subvention de 500 fr. en 1881 et 1883, 400 fr. en 1884, 1885, 1888, 1889, 1890, 1891, 1892, 1893, 1894 et 1895, elle possède aujourd'hui plus de 800 volumes. De nouveaux laboratoires d'histologie pathologique et de chimie ont été créés.

Hôpital de la Porte d'Aubervilliers. (Hôpital d'isolement pour les maladies contagieuses) récemment transféré au Bastion 29. — 262 lits. Directeur : M. MORA. — Médecin : M. le Dr H. MÉRY suppléé par M. le Dr BELIN. (L'établissement a été complètement évacué au mois do juillet et est en reconstruction).

Bastion 29 (Porte de Flandre). (Hôpital d'isolement pour les maladies contagieuses). — 215 lits, plus 16 berceaux. Directeur : M. MORA. — Médecin : M. le Dr CHANTEMESSE et M. le Dr BELIN.

Bastion 27 : 100 lits. Directeur : M. MORA. — Médecin M. DUFOUR.

Hospice d'Ivry, à Ivry-sur-Seine. 2.323 lits. Directeur : M. ENJOLRAS. — Médecin : M. N.. · — Chirurgien : M. DEMOULIN — Dentiste : M. le Dr ROY. — Pharmacien, M. RICHAUD.

Un service de consultation externe est organisé depuis quelques années à l'hospice d'Ivry. Les consultations de médecine ont lieu les mardi, mercredis, vendredis ; celles de chirurgie, les lundis et jeudis.

Maison de retraite des Ménages, 25, rue J.-J. Rousseau à Issy-Les-Moulineaux. 1462 lits. Directeur : M. COMTE. — *Médecin* : M. WURTZ. — *Pharmacien* : Un interne sous la surveillance du pharmacien des Enfants-Malades.

Maison de retraite de La Rochefoucauld, 15, avenue d'Orléans. 247 lits. Directeur : M. BOITEAU-CADIOT. — *Médecin* : M. le Dr SOUQUES. — Consultations des maladies nerveuses les lundis et vendredis de 9 h. à 10 h. du matin. — *Pharmacien* : Un interne sous la surveillance du pharmacien de l'hôpital Cochin.

Institution Sainte-Périne, 11, rue du Point-du Jour, Paris-Auteuil. 287 lits. Directeur : M. GRANDRY. — *Médecin* ; M. P. CLAISSE. — Un interne, nommé à la suite d'un concours spécial, ost logé dans l'établissement. Le service pharmaceutique est placé sous la surveillance du pharmacien de l'hôpital Bichat.

Fondation Alquier-Debrousse, 148, rue de Bagnolet, 216 lits. Directeur : M. CAPOULUN. — *Médecin* : M. TRIBOULET. — 200 lits pour vieillards des deux sexes. Un interne est logé dans l'établissement.

Fondation Chardon-Lagache, 1, rue du Point-du-Jour. Paris-Auteuil. 160 lits. Directeur : M. GRANDRY. — Le service médical y est fait par le médecin de Sainte-Périne. — Un interne, nommé à la suite d'un concours spécial, y est logé.

Fondation Rossini, 5, rue Mirabeau, Paris-Auteuil, 55 lits. Directeur : M. GRANDRY. — Le service médical y est fait par le médecin de Sainte-Périne. — C'est l'interne de Chardon-Lagache qui est chargé aussi de cette Maison.

Hôpital maritime de Berck-sur-Mer. 718 lits. Directeur : M. CHAMPROUX. — *Chirurgien* : M. MÉNARD. — Trois internes en médecine résident à l'hôpital. — Le service pharmaceutique est assuré par un interne en pharmacie.

Hospice Saint-Michel (fondations Boulard et Lenoir-Jousseran), à Saint-Mandé. 196 lits. Directeur : M. CONBOM. — Le service de médecine est fait par un médecin de Saint-Mandé, M. DIVERNERESSE.

Hospice de la Reconnaissance (fondation Brézin), à Garches (Seine-et-Oise). 354 lits. Directeur : M. COQ. — *Médecin résidant* : M. GILLE. — Le service pharmaceutique est placé sous la surveillance de M. BOURQUELOT, pharmacien à l'hôpital Laënnec.

Hôpital de Forges-les-Bains. 226 lits. Directeur : M. CHARLOT DE COURCY. — *Médecin* : M. DOUMENGE.

Fondation Galignani, boulevard Bineau, 53 et 55 à Neuilly-sur-Seine. 100 lits. — Directeur : M. BLACHETTE. — *Médecin* M. CAYLA ; *Médecin adjoint* : M. CATUFFE. — *Pharmacien* : M. SALLÉ.

Fondation Belœuil (annexe do la fondation Galignani), 57, rue Borghèse, à Neuilly-sur-Seine. 50 lits. — Directeur : M. BLACHETTE. — *Médecin* : M. CAYLA ; *Médecin adjoint* : M. CATUFFE. — *Pharmacien* : M. SALLÉ.

Hospice de Brévannes (Seine-et-Oise). 974 lits. Directeur : M. PICOT. — *Médecin* : M. R. MARIE, médecin des hôpitaux (1). — Trois internes en médecine, nommés à la suite d'un concours spécial, résident à l'Hospice. — Un interne en pharmacie.

Maison de convalescence de La Roche-Guyon (pour les enfants). 111 lits. Directeur : M. JANSSE. — Le service médical est assuré par un médecin de La Roche-Guyon, M. Pierre GOUZY.

Sanatorium de Hendaye (pour los enfants). — Directeur : M. IRIBE. — Médecin : M. CAMINO.

Sanatorium d'Angicourt (Sanatorium Villemin). Fondé par l'Assistance publique de Paris, près de Liancourt (Oise) à une heure de Paris (ligne d'Amiens).

Ses 148 lits sont réservés, en principe, aux tuberculeux *indigents de Paris* pour lesquels on peut espérer qu'un traitement de 6 à 10 mois procurera *le retour de l'aptitude au travail* pendant un temps prolongé.

Les demandes d'admission doivent être adressées au directeur général de l'Assistance publique à Paris ; les candidats sont examinés successivement à l'hôpital Lariboisière, par le médecin en chef du Sanatorium et par une Commission spéciale.

Directeur : M. Paul COQ. — *Médecin en chef* : M. le Dr KÜSS. — *Médecin assistant* : M. le Dr DÉCOBERT. — *Pharmacien, chef de Laboratoire* : M. GORIS.

Organisation d'un concours pour la nomination des dentistes des hôpitaux. (Voir les conditions du concours dans le *Numéro des Etudiants* de 1903, p. 328.)

Médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux chargés du service des remplacements et de la direction des services temporaires.

Médecins : MM. DUPRÉ, AVIRAGNET, LAMY, LEGRY, TEISSIER, HUDELO, BRUHL, J. RENAULT, SOUPAULT, F. BEZANÇON, GOUGET, MACAIGNE, ENRIQUEZ, DUFOUR, BELIN, CLAUDE, R. MARIE, AUCLAIR, M. LABBÉ, L. FOURNIER, APERT, BERGÉ, JOSUÉ, CARNOT, LAFITTE (A.), SERGENT, BROUARDEL (G.), SICARD, GASNE, DE MASSARY, LESNÉ, P.-H. PAPILLON, GRIFFON, L. BERNARD.

Chirurgiens : MM. ARROU, RIEFFEL, VILLEMIN, CHEVALIER, MAUCLAIRE, THIÉRY, GUILLEMAIN, MORESTIN, SOULIGOUX, LAUNAY, AUVRAY, MARION, P. RICHE, MICHON, SAVARIAUD, OMBREDANNE, ROBINDEAU, CUNÉO, GOSSET, LENORMANT, HERBET.

Accoucheurs : MM. Léon TISSIER, POTOCKI, DEMELIN, BOUFFE, BRINDEAU, RUDAUX, MACÉ (O.).

Ophtalmologiste : M. MORAX.

Oto-rhino-laryngologiste : M. LOMBARD.

Dentistes : MM. FREY, GOURC, CHOMPRET, PITSCH, CAPDEPONT, NOGUÉ, ROBIN (P.).

Consultations spéciales à l'Hôtel-Dieu. — Bandages, les mardis et samedis, 10 heures ; Orthopédie ; les mercredis, à 10 heures.

Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

La réouverture de cet établissement aura lieu lo 15 novembre : les pavillons de dissection sont mis à la disposition des élèves pour l'étude de l'anatomie. L'amphithéâtre de Clamart, comme on l'appelle le plus souvent, a été spécialement créé pour les élèves de l'Assistance publique, internes et externes. Un arrêté du 24 juillet 1895, pris après avis conforme du conseil de surveillance, et approuvé par M. le Préfet de la Seine, autorise l'admission d'un certain nombre d'élèves de l'Ecole de Médecine et des élè-

(1) Avant 1904, le médecin était pris en dehors des hôpitaux. Nous avons protesté contre ce système. Nous croyons que les internes devraient être pris aussi parmi les internes des hôpitaux, et non recrutés par un concours spécial.

ves de l'Ecole dentaire à l'amphithéâtre de Clamart. Deux aides d'anatomie sont attachés, à cet effet, au pavillon affecté aux élèves de la Faculté : MM. Muret et Lardennois, de même qu'un répétiteur d'anatomie, M. Thoumire. Il est situé rue du Fer-à-Moulin, 17.

Les cours ont lieu tous les jours à 4 heures ; le premier, anatomie topographique, est fait par M. le Dr Quénu, directeur de l'amphithéâtre de Clamart, chirurgien de l'hôpital Cochin. — M. N..., prosecteur, fera le cours de physiologie. — M. N..., prosecteur, fera le cours d'anatomie descriptive. — M. Macaigne, chef du laboratoire d'histologie, fait un cours d'histologie ; M. Got, sous-chef du laboratoire. — L'administration met à la disposition des élèves des microscopes et des réactifs pour l'étude de l'histologie. Nous rappellerons, en outre, que le musée d'anatomie normale et pathologique de Clamart est ouvert tous les jours de 1 heure à 4 heures. La principale richesse de ce musée consiste dans les nombreuses pièces préparées par les concurrents pour le prosectorat de Clamart. Conservateur du musée : M. Landel.

Amphithéâtre d'anatomie (année 1904-1905.) — *Saison d'hiver.*— MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les travaux anatomiques, sous la direction de M. le Dr Quénu, commenceront le vendredi 4 novembre 1904. Des conférences sur l'histologie normale et pathologique seront faites par M. le Dr Macaigne, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota.— Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

Sur les démarches pressantes de l'administration et sur la proposition de M. Henry Rousselle, le Conseil municipal dans sa séance du 11 juillet 1904 a autorisé à titre provisoire l'emploi de la subvention de 10.000 francs qui avait été réservée, en indiquant que les achats et les reliures devaient être centralisés pour faire bénéficier de rabais importants les bibliothèques et que le service des Archives et Bibliothèques (cabinet du Directeur) serait chargé d'assurer la répartition du crédit et de surveiller l'administration de chacune des bibliothèques.

La création de la Bibliothèque centrale de l'internat est encore à l'étude ; mais il est probable que son installation au chef-lieu de l'administration n'est plus qu'une question de temps et de moyens financiers.

Pharmacie centrale des Hôpitaux.

M. le Dr Prunier, directeur.

Cet établissement important, situé quai de la Tournelle, est chargé d'approvisionner toutes les pharmacies spéciales des hôpitaux et hospices qui dépendent de l'Administration générale de l'Assistance Publique.

Personnel médical des hôpitaux.

Il se compose : 1° de médecins, chirurgiens et accoucheurs, d'aliénistes, d'ophthalmologistes, d'oto-rhino-laryngologistes ; 2° de prosecteurs (voir Amphithéatre des Hôpitaux) ; 3° de dentistes , 4° d'internes et d'externes en médecine, en chirurgie et en accouchements ; 5° de pharmaciens ; 6° d'internes en pharmacie. Tous sont nommés au *concours.* — Nous nous bornerons à donner ici l'extrait des règlements administratifs concernant l'*externat* et l'*internat.*

A. — *Externat.* — Art. 243. — Tout étudiant en médecine qui justifie de quatre inscriptions au moins, prises dans l'une des Facultés de médecine de l'Etat, peut se présenter au concours pour les places d'élèves externes (1). Il doit produire : 1° un certificat de ses inscriptions ; 2° son acte de naissance ; 3° un certificat de revaccination ; 4° un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le maire de la commune où il est domicilié.

Art. 245. — Les épreuves du concours de l'externat sont réglées ainsi qu'il suit : 1° une épreuve orale sur une question d'anatomie descriptive ; il sera accordé cinq minutes à chaque candidat pour développer cette question, après cinq minutes de réflexion ; 2° une deuxième épreuve orale sur une question élémentaire de pathologie ou de petite chirurgie. Chaque candidat aura également cinq minutes pour traiter cette question, après cinq minutes de réflexion. Le maximum des points à attribuer aux candidats, pour chacune de ces deux épreuves, est fixé à 20.

Pour les modifications introduites dans le fonctionnement des Concours de l'Internat et de l'Externat, voir les affiches des concours de cette année (partie contenant les dispositions extraites du Règlement sur le service de santé).

(1) Le concours de l'externat commence dans le courant du mois d'octobre. Les externes sont nommés pour trois ans.

Afin de permettre aux nouveaux étudiants, candidats aux prochains concours, de mieux se rendre compte de la nature des épreuves, nous allons reproduire la liste des questions qui ont été données aux derniers concours de l'Externat (1).

Concours de 1893. — 1° *Anatomie.* — Rapports du cœur ; — Triceps brachial ; — Omoplate ; — Muscles de la région postérieure de la cuisse ; — Vertèbres dorsales ; — Articulation radio-carpienne ; — Configuration extérieure et rapports de l'estomac ; — Rapports de la vessie chez l'homme et chez la femme ; — Articulation tibio-tarsienne ; — Artères de l'avant-bras ; — Muscles de la région postérieure de la cuisse ; — Vertèbres dorsales ; — Muscles péroniers latéraux ; — Configuration ext. et rapports des poumons ; — Muscle psoas iliaque ; — Configuration ext. et rapports de l'œsophage ; — Artères de la jambe ; — Crosse de l'aorte ; — Veine cave inférieure ; — Muscles fessiers ; — Config. ext. et rapports de la face inférieure du foie ; — Config. ext. et rapports de la trachée ; -- Rapports des reins.

2° *Pathologie et Petite Chirurgie.* — Symptômes de la pneumonie franche ; — Symptômes de la fièvre typhoïde ; - Symp. et diagn. de la scarlatine ; — Sympt. et complic. du rhumatisme articulaire aigu ; — Fracture de l'extrémité inférieure du radius ; — Signes et diagnostic de la pleurésie aiguë séro-fibrineuse ; — Cathétérisme évacuateur de la vessie chez l'homme ;— Symptômes et diagnostic de la variole ; — Fractures de la clavicule ;— Symptômes de la péritonite aiguë ; — Chloroformisation ; — Ascite ; — Anthrax ; — Signes physiques de la tuberculose pulmonaire chronique ; — Symptômes de l'étranglement herniaire ; — Angine diphtérique ; — Fractures de la rotule ; — Examen clinique des urines ; — Symptômes et diag. de la pleurésie purulente ; — Epistaxis ; — Signes de la grossesse ; — Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse.

Concours de 1894. — 1° *Anatomie.* — Fosses nasales ; Muscle sterno-cléido-mastoïdien ; — Maxillaire inférieur ; — Articulation de l'épaule ; — Artère maxillaire ; — Vertèbres dorsales ; — Rapports de l'estomac ; — Veines superficielles du membre inférieur ; — Muscle psoas-iliaque ; Artères de l'avant-bras ; — Cavités orbitaires ; — Artère poplitée ; — Muscle diaphragme ; Artère carotide externe ; — Os occipital ; — Configuration et rapport du rectum ; Configuration externe du cœur ; — Trous de la base du crâne ; — Muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen ; — Muscles élévateurs de la mâchoire inférieure ; — Muscles fessiers ; — Articulation temporo-maxillaire ;— Crosse de l'aorte ; — Configuration et rapports des poumons ; — Articulation de la hanche ; — Ligaments de l'articulation du genou ; — Configuration extérieure et rapports du foie ; — Fosses nasales ; — Muscles péroniers latéraux ; — Articulation sterno-claviculaire. — *Pour les vétérans* : Configuration extérieure et rapports du cœur ;— Veine porte ; — Artères pulmonaires ;— Canal inguinal chez l'homme ; — Veines jugulaires.

2° *Pathologie et Petite Chirurgie.* — De l'ascite ; — Chloroformisation et accidents ; — Anthrax ; — Fractures de l'extrémité inférieure du radius ; Phlegmon diffus ; — Symptômes de la fièvre typhoïde ; — Epistaxis ; — Analyse clinique des urines ; — Fractures de la clavicule ; — Symptômes et diagnostic de la pleurésie séro-fibrineuse aiguë ; — Symptômes et diagnostic du cancer de l'estomac ; — Signes et complications de la rougeole ; — Signes et diagnostic de la coxalgie ; — Vaccine et vaccination ; — Signes et diagnostic du rhumatisme articulaire aigu ; — Erysipèle de la face ; symptômes et diagnostic de la fièvre scarlatine ; — Péritonite aiguë généralisée ; — Insuffisance aortique ; — Etranglements herniaires ; — Délivrance ; — Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse.

Concours de 1895. — 1° *Anatomie.* — Crosse de l'aorte ; — Articulation tibio-tarsienne ; — Extrémité inférieure du radius et du cubitus ; — Muscles masticateurs ; — Artère sous-clavière ; — Os maxillaire supérieur ; — Muscles obturateurs ;— Caractères distinctifs des vertèbres cervicales ;— Ligaments de l'articulation du genou ; — Muscles de l'éminence thénar ; — Tronc cœliaque ; — Rapports de l'estomac ; — Muscles long et court fléchisseur du gros orteil ; — Ligaments qui unissent l'os sacrum à l'os iliaque ; — Configuration extérieure de la portion pétreuse de l'os temporal ; — Artère carotide externe ; — Configuration extérieure et rapports de l'œsophage ; — Calcanéum et cuboïde ; — Muscles du

(1) Voir les questions données au concours, de 1872 à 1891 inclusivement, dans les *Numéros des Etudiants* de 1883 à 1893.

pied ; — Ligament large ; — Artères du pied ; — Tronc de la veine cave inférieure ; — Long et court supinateur ; — Nerf médian ; — Cordon spermatique.

2º *Pathologie et Petite Chirurgie.* — Fractures du péroné ; — Epistaxis (causes et traitement) ; — Oreillons ; — Complications et traitement des fractures compliquées de la jambe ; — Ulcère variqueux de la jambe ; — Symptômes, marche et complications des anévrysmes artériels circonscrits ; — Etiologie, symptômes et traitement du phlegmon diffus ; — Manuel opératoire du cathétérisme évacuateur de la vessie ; — Description, signes et diagnostic de la tuberculose pulmonaire à la troisième période ; — Luxation de la mâchoire ; — Complication et traitement de la blennorragie ; — Erysipèle de la face ; — Examen chimique des urines ; — Le panaris ; — Thoracentèse ; — Mal de Pott ; — Causes, symptômes et traitement de la pleurésie purulente ; — Cancer de l'utérus ; — Symptômes et diagnostic de la grossesse simple ; — Signes et diagnostic de la fièvre scarlatine ; — Signes, diagnostic et traitement de l'hydrocèle vaginale ; — Les adénites suppurées.

Concours de 1896. — *Anatomie.* — Nerf radial ; rapports du duodénum ; articulation tibio-tarsienne ; artères de la main ; muscle grand oblique de l'abdomen ; configuration intérieure du cœur ; description de la face inférieure de l'encéphale ; vésicule biliaire ; omoplate ; prostate ; muscle psoas-iliaque ; enveloppes du testicule ; muscles moteurs du globe oculaire ; muscles fléchisseurs communs des doigts ; veines superficielles du membre inférieur ; artère humérale et ses branches ; configuration extérieure et rapports du rein ; os occipital ; os maxillaire inférieur ; configuration extérieure et rapports de la face inférieure du foie ; veine cave inférieure ; ligaments et synoviales de l'articulation du genou ; muscles péroniers latéraux ; configuration extérieure et rapports des poumons. Muscles péroniers latéraux ; description macroscopique et rapports de l'œsophage ; muscles de la région sus-hyoïdienne ; veines jugulaires ; tiers supérieur du fémur ; artère poplitée et ses branches ; description macroscopique de l'utérus en dehors de la grossesse.

Pathologie. — Fractures de la rotule ; de la chloroformisation et de ses accidents ; hémoptysies ; signes et diagnostic de la tumeur blanche du genou ; désinfection des mains de l'opérateur et du champ opératoire ; complications du rhumatisme articulaire aigu ; foyers d'auscultation du cœur et souffles qu'on y entend ; différentes formes de traitement des fractures de jambes ; signes et complications de la blennorragie chez l'homme ; de la signification clinique des différents râles dans les maladies des bronches et des poumons ; avec quoi peut-on confondre l'ascite ? Signes de la syphilis ; des renseignements donnés par la palpation et la percussion dans les maladies de la plèvre et du poumon ; signes de la cirrhose atrophique de Laënnec ; signes et diagnostic du cancer de la langue ; signes et diagnostic du cancer de l'estomac ; complications de la rougeole ; signes et diagnostic de l'angine diphtérique ; signes de la coxalgie ; signes et diagnostic de l'ulcère simple de l'estomac ; traitement de l'angine diphtérique et du croup ; de l'examen des crachats ; séméiologie de la langue ; de la délivrance et de ses affections ; étant donné un genou augmenté de volume, discuter le diagnostic possible ; examen clinique des urines ; signes physiques de la pleurésie avec épanchement.

Concours de 1897. — *Anatomie.* — Surfaces articulaires et ligament de l'épaule ; maxillaire inférieur ; muscle psoas-iliaque ; articulation tibio-tarsienne ; nerf cubital ; paroi osseuse des fosses nasales ; muscles masticateurs ; artère poplitée et ses branches ; péroniers latéraux ; tronc cœliaque et ses branches ; veines jugulaires ; nerf radial ; ligaments et synoviale de l'articulation du genou ; nerf médian ; configuration extérieure et rapports de l'œsophage ; muscles de la main ; muscle de la région antéro-latérale de l'abdomen ; artère fémorale et ses branches ; os iliaque ; artères de la jambe et du pied ; sciatique poplitée externe et sciatique poplitée interne ; parois osseuses de l'orbite ; calcanéum et astragale ; articulation temporo-maxillaire ; vulve et vagin ; articulations occipito-atloïdienne, atloïdo-axoïdienne ; oreillette et ventricule droit ; région anale.

Pathologie. — Le pansement aseptique et antiseptique ; causes et symptômes de la péritonite aiguë ; symptômes et marche de la pneumonie franche ; panaris ; fracture de l'extrémité inférieure du radius ; manière de faire une autopsie ; ascite ; symptômes, complications et diagnostic du rhumatisme articulaire aigu ; symptômes de la tuberculose pulmonaire chronique ; fractures de côtes ; signes et complications de l'érysipèle ; des différents modes d'anesthésie générale et locale ; causes et signes de la fièvre typhoïde ; examen clinique des urines ; fracture de la rotule ; hydarthrose ; épistaxis ; cathétérisme évacuateur de l'urètre ; hydrocèle ; symptômes et diagnostic de l'angine diphtérique ; varices ; saignée (indications et manuel opératoire) ; fractures de l'extrémité inférieure des deux os de la jambe ; les lavements ; fistules à l'anus ; toucher rectal ; délivrance.

Concours de 1898. — *Anatomie.* — Crosse de l'aorte ; muscles pectoraux ; os maxillaire inférieur ; articulation scapulo-humérale ; rapports de l'estomac ; extrémité supérieure du fémur ; calcaneum et astragale ; configuration extérieure et rapports de la trachée ; muscles antérieurs et externes de la jambe ; os occipital ; nerf cubital ; artères de la main ; muscle diaphragme ; rapports de la vessie ; muscle sterno-mastoïdien ; omoplate ; muscles psoas-iliaque et petit psoas ; parois osseuses des fosses nasales ; muscle trapéze ; rapports des reins ; configuration et rapports du cœur ; nerf cubital ; anatomie du testicule ; région anale ; du périoste.

Pathologie. — Fractures de côtes ; signes physiques de la pleurésie avec épanchement ; fractures du péroné ; érysipèle de la face ; causes et signes de l'ascite ; ponction abdominale ; examen clinique des urines ; épistaxis et son traitement ; symptômes et marche de la fièvre typhoïde ; symptômes et marche de la pneumonie franche ; furoncle ; fracture de l'extrémité inférieure du radius ; autopsie ; signes et complications de la rougeole ; indication, manuel opératoire et accidents du cathétérisme de l'urètre chez l'homme ; souffles cardiaques, leurs caractères, leur valeur diagnostique ; saignée ; hydarthrose du genou ; panaris ; fractures des côtes ; vaccine ; vaccination ; symptômes des cavernes pulmonaires ; brûlures ; fractures de la rotule ; diagnostic de la grossesse au début du neuviéme mois ; ictère catarrhal ; luxation de l'articulation temporo-maxillaire ; délivrance.

Concours de 1899. — *Anatomie.* — Artère fémorale ; os maxillaire inférieur ; muscles péroniers latéraux ; articulation du coude ; muscles pectoraux ; rapports de la trachée ; nerf médian ; tronc de la base du crâne ; veines superficielles du membre inférieur ; rapports du foie ; crosse de l'aorte ; omoplate ; rapports de la vessie ; muscles fessiers ; sacrum et coccyx ; muscles masticateurs ; artère poplitée ; configuration externe et rapports de l'œsophage ; articulation tibio-tarsienne ; nerf cubital ; artère sous-clavière ; rapports du rein ; rapports du rectum ; rapports de l'utérus ; configuration extérieure et rapports du cœur ; rapports de l'estomac ; configuration et rapports des poumons.

Pathologie. — Saignée ; épistaxis ; tamponnement des fosses nasales ; fracture des côtes ; examen clinique des urines ; fractures de l'extrémité inférieure du radius ; érysipèle de la face ; hydrocèle de la vaginale ; cathétérisme de l'urètre ; de la conduite à tenir en présence d'un sujet en état d'asphyxie ; signes de la pneumonie franche aiguë ; de l'anesthésie générale par le chloroforme et l'éther ; hémoptysies ; signes de la tuberculose pulmonaire chronique ; vaccine et vaccination ; fractures du péroné ; panaris ; fractures de la clavicule ; ascite ; signes et complications de la rougeole ; manière de faire une autopsie ; oreillons ; coqueluche ; symptômes et diagnostic du mal de Pott ; phlegmatia alba dolens ; muguet ; métrorragies ; rétrécissement mitral. — Epreuve supplémentaire : Indications, manuel opératoire et dangers de la thoracenthèse.

Concours de 1900. — *Anatomie.* — Articulation tibio-tarsienne ; configuration extérieure et rapports de l'utérus ; veine cave inférieure ; crosse de l'aorte ; veines superficielles du membre inférieur ; squelette des fosses nasales ; région anale ; omoplate ; face inférieure du foie ; muscles grand et petit pectoral ; artère poplitée ; configuration extérieure et rapports du cœur ; articulation temporo-maxillaire ; nerf médian ; muscles pelvi-trochantériens ; vertèbres dorsales ; occipital ; muscle sterno-cléido-mastoïdien ; artères de la main ; Extrémité inférieure des os de l'avant-bras ; articulation du coude ; rapports du rectum ; plèvre ; rapports de l'estomac ; système pileux ; voies biliaires.

Pathologie. — Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse ; symptômes et diagnostic de l'occlusion intestinale ; coqueluche ; ostéomyélite ; saignée ; injection de sérum physiologique ; orchite blennorrhagique ; varicocèle ; fracture de côtes ; signes et diagnostic de la scarlatine ; coliques hépatiques ; hémoptysies : symptômes, diagnostic et traitement du cancer du sein ; Insuffisance aortique ; chloroformisation ; hernie inguinale ; Indication technique ; accidents de la thoracentèse ; fractures malléolaires ; de l'hémostase ; rétrécissement de l'œsophage ; muguet ; symptômes et diagnostic du mal de Pott ; diagnostic et traitement du croup ; symptômes et diagnostic des calculs vésicaux ; phimosis et paraphimosis ; torticolis ; délivrance. — Epreuve supplémentaire : Vaisseaux du poumon.

Concours de 1901. — *Anatomie.* — Articulation scapulo-humérale ; artère sous-clavière ; parois osseuses de l'orbite ; configuration extérieure et rapports des poumons ; artères de la main ; rapports de l'estomac ; articulation temporo-maxillaire ; rapports du rectum ; diaphragme ; configuration extérieure du cerveau ; muscle triceps sural (jumeau et soléaire) ; nerf radial ; extrémité supérieure du fémur ; rapports de l'œsophage ; artère carotide externe ; des côtes ; aorte abdominale ; vertèbres cervicales ; veines superficielles du membre inférieur ; rapports de la vessie ; veine

porte ; muscles de la paroi antéro-latérale de l'abdomen ; nerf médian ; appendice cæcal ; glandes sous-maxillaires ; orifice mitral et sa valvule ; pylore ; vésicule biliaire ; muscle releveur de l'anus.

Pathologie. — Fracture du péroné ; diagnostic de la fièvre typhoïde à la période d'état ; indication et manuel opératoire des injections de sérum artificiel ; symptômes de l'angine diphtérique ; diagnostic des épanchements liquides des plèvres ; examen clinique des crachats ; complications du diabète sucré ; indication et manuel opératoire des appareils plâtrés ; cathétérisme de l'urètre ; panaris ; complications de la blennorrhagie ; signes et diagnostic de la rougeole ; de l'ascite ; technique et accidents de la chloroformisation ; signes physiques de la tuberculose pulmonaire chronique ; érysipèle de la face ; fracture de l'extrémité inférieure du radius ; indication et manuel opératoire de la saignée ; causes, signes et diagnostic de l insuffisance aortique ; colique hépatique ; des moyens chirurgicaux pour arrêter les hémorrhagies ; signes et diagnostic de l'étranglement herniaire ; signe et diagnostic des luxations antéro-internes de l'épaule ; complications viscérales du rhumatisme articulaire aigu ; diagnostic de l'hématurie , fracture de la rotule ; examen clinique d'un tabétique ; signes et diagnostic des méningites aiguës cérébro-spinales ; examen gynécologique ; complications de la coqueluche. — Epreuve supplémentaire : signes du mal de Pott dorso-lombaire.

Concours de 1902. — *Anatomie.* — Muscle fessier ; extrémité inférieure du fémur ; veines saphènes; nerf médian ; muscle sterno-cléido-mastoïdien ; articulation du coude ; rapports des reins ; os occipital ; configuration extérieure et rapports du cœur ; nerf sciatique poplité externe ; artères de la main ; les trois muscles adducteurs de la cuisse ; astragale et calcaneum ; face inférieure du foie ; ligaments de l'articulation du genou ; artère axillaire ; nerf radial ; crosse de l'aorte ; configuration extérieure et rapports de l'œsophage ; clavicule : configuration extérieure et rapports de la langue ; vagin ; configuration extérieure et rapports de la glande sous-maxillaire ; muscle biceps brachial ; configuration extérieure et rapports de la vessie chez l'homme.

Pathologie. — Technique et accidents de la chloroformisation ; symptômes, diagnostic et complications des fractures de côtes ; symptômes et diagnostic de l'insuffisance aortique ; causes signes et diagnostic de l'ascite ; appareil plâtré pour fractures de jambes ; recherche de l'albumine, du sucre et du sang dans les urines ; symptômes et diagnostic de la rougeole ; cathétérisme de l'uréthre chez l'homme ; du panaris ; entorse de l'articulation tibio-tarsienne ; technique de l'autopsie des cavités thoraciques et abdominales ; signes physiques des épanchements de la plèvre ; symptômes de la tuberculose pulmonaire chronique à la première période ; signes et diagnostic de la tumeur blanche du genou ; luxation de la mâchoire inférieure ; foyers d'auscultation du cœur et caractères des souffles qu'on y entend ; tubage du larynx ; symptômes et diagnostic de l'hématocèle rétro-utérine ; complications de l'ulcère simple de l'estomac ; complications de la lithiase biliaire ; signes et diagnostic de la méningite tuberculeuse : abcès du cerveau ; rétrécissement du rectum ; délivrance. — Epreuve supplémentaire : symptômes et diagnostic de la péritonite tuberculeuse.

Concours de 1903. — *Anatomie.* — Maxillaire articulaire ; articul. tibio-tarsienne, rapports du cœur, rap. de l'œsophage; sacrum ; muscles de la patte d'oie ; muscles péroniers, veines superficielles du membre supérieur. artères de la main. tronc cœliaque et ses branches, trous de la base du crâne, muscles de l'éminence thénar ; rapports des reins ; muscles masticateurs et leurs nerfs ; nerf cubital ; os frontal ; articulation de la clavicule ; parois osseuses des fosses nasales ; radius ; carotide primitive ; face inférieure du foie ; calcanéum et astragale ; le système pileux, cordon spermatique ; rapport du rectum chez l'homme ; col de l'utérus ; voies lacrymales ; oreillette droite du cœur ; système dentaire.

Pathologie. — Erysipèle de la face ; saignée ; pneumonie franche aiguë ; fracture de la clavicule, hémoptysie, luxations de l'épaule en avant ; confection et application des appareils plâtrés, anthrax ; rhumatisme articulaire aigu franc ; fracture des côtes ; péritonites aiguës ; croup ; pleurésie purulentes ; examen clinique des urines ; méningites tuberculeuses ; désinfection des mains et du champ operatoire ; scarlatine, technique et accidents de la chloroformisation ; hydarthrose du genou ; variole ; lithiase rénale ; polypes de l'utérus ; fibromes naso-pharyngiens ; traitement de l'avortement ; mal de Pott ; maladie du sommeil (typanosome de Castellani).

Séance supplémentaire. — Phlegmatia alba dolens.

B. — Voici maintenant les articles du règlement relatif aux **internes en médecine et en chirurgie**.

Art. 247. — Les élèves externes, reçus au concours, ont seuls le droit de se présenter pour les places d'élèves internes. Ils ne peuvent, toutefois, prendre part à ce concours que pendant les 7 années qui suivent la prise de leur première inscription de médecine. Les années de présence sous les drapeaux ne seront pas comprises dans ce délai. Par exception, ce délai pourra être augmenté d'une année pour les internes provisoires en exercice ; mais cette exception ne s'appliquera qu'à ceux de ces internes provisoires qui font leurs études conformément au régime fixé par le décret du 20 juin 1878. Les candidats au concours de l'internat ne sont inscrits à ce concours que sur le vu des pièces suivantes : 1° un certificat constatant leurs services en qualité d'externes, au moins depuis le 1er février précédent, sans interruption motivée ; 2° des certificats délivrés par les médecins, chirurgiens et accoucheurs, et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont fait un service en qualité d'externes, établissant leur exactitude, leur subordination et leur bonne conduite ; 3° un certificat de scolarité délivré par l'Ecole de médecine, et constatant la date de la prise de leur première inscription.

Art. 249. — Les épreuves du concours de l'internat sont réglées comme il est dit ci-après : 1° une épreuve d'admissibilité consistant en une composition écrite sur l'anatomie et la pathologie, pour laquelle il sera accordé deux heures ; 2° une épreuve orale sur les mêmes sujets ; il sera accordé dix minutes à chaque candidat pour développer, après dix minutes de réflexion, la question qui lui sera échue. A chaque séance de l'épreuve orale, l'une des questions arrêtées par le Jury porte ou peut porter sur un sujet d'accouchement ou afférent aux accouchements. Le maximum des points à attribuer, pour chacune de ces épreuves, est fixé ainsi qu'il suit : pour la composition écrite, 30 points, 15 pour l'anatomie et 15 pour la pathologie : pour l'épreuve orale, 20 points.

Questions écrites données dans ces dernières années (1). — 1875. De l'endocarde et des endocardites. — 1876. Cæcum ; ulcérations intestinales. — 1877. Vaisseaux sanguins du poumon ; gangrène pulmonaire. — 1878. Structure du rein ; diagnostic et valeur séméiologique de l'albuminurie. — 1879. Testicule ; affections tuberculeuses du testicule. — 1880. Voile du palais ; érysipèle spontané de la face. — 1881. Col de l'utérus ; polypes de l'utérus. — 1882. Nerf récurrent ; anatomie pathologique ; signes et diagnostic de l'apoplexie pulmonaire. — 1883. Région poplitée ; gangrène sénile. — 1884. Voies biliaires (anatomie et physiologie) ; symptômes, diagnostic et traitement des kystes hydatiques du foie. — 1885. 1er concours : Rapports de l'estomac et du duodénum ; anatomie pathologique, symptômes et diagnostic du choléra asiatique ; — 2e concours : Circonvolutions de la face externe du cerveau ; cours et signes de l'hémiplégie. — 1886. Grand épiploon ; signes et diagnostic de la péritonite tuberculeuse. — 1887. Veines jugulaires ; érysipèle de la face. — 1888. Triangle de Scarpa ; symptôme et diagnostic de l'étranglement herniaire. — 1889. Muqueuse de l'utérus ; Diagnostic différentiel des métrorragies. — 1890. Pancréas (An. et Phys.) ; Diagnostic de l'ulcère rond de l'estomac. — 1891. Articulation tibio-tarsienne ; périostite phlegmoneuse diffuse. — 1892. Diaphragme (An. et Phys.) ; symptômes et diagnostic du mal de Pott dorso-lombaire. — 1893. Cæcum ; abcès péri-cæcaux. — 1894. Voies biliaires intra et extra-hépatiques ; symptômes et complications de la lithiase biliaire. — 1895. Nerfs de la langue ; symptômes et diagnostic du cancer de la langue. — 1896. Origine et tronc de la veine porte ; perforation intestinale. — 1897. Plèvre ; cancer de l'œsophage. — 1898. Anatomie de l'S iliaque. Diagnostic anatomique et clinique des cavernes pulmonaires. — 1899. Nerf maxillaire supérieur ; complications du diabète. — Concours supplémentaire : Prostate ; complications des otites moyennes suppurées. — 1900 : Tronc de l'artère sous-clavière ; diagnostic et traitement des pleurésies purulentes. — 1901 : Nerf médian ; signes et diagnostic du goître exophtalmique. — 1902 : Glande sous-maxillaire : signes, diagnostic et traitement de l'ulcère simple de l'estomac. — 1903 : Creux poplité ; complications de la scarlatine.

Le relevé suivant donnera une idée de la nature des *questions orales* (2).

Concours de 1893. — Orifice aortique ; symptômes et diagnostic de l'angine de poitrine. — Vaisseaux et nerfs de la plante du pied ; causes, signes et diagnostic du mal perforant plantaire. — Plèvre pariétale ; signe et diagnostic du cancer pleuropulmonaire. — Artères rénales ; complications rénales de la scarlatine. — Orifice mitral ; pathogénie et signes de l'apoplexie-pulmonaire. — Articulation sterno-claviculaire ; pathog. et signes du torticolis musculaire chronique. — Racines rachidiennes ; signes et marche des fractures de la colonne vertébrale. — Branche ophtalmique de Willis ; zona ophtalmique. — Portion membraneuse de l'urètre ; complications des rétrécissements de l'urètre. — Artères de la

(1) Voir dans le *No des Etudiants de 1901* (p. 320), les questions écrites de 1861 à 1874.

(2) Voir pour les questions données aux précédents concours les *Numéros des Etudiants* de 1883 à 1892.

région du coude et leurs anastomoses ; signes et diagnostic des luxations du coude en arrière. — Vaisseaux et nerfs de l'utérus ; signes et diagnostic de la grossesse au cinquième mois. — Cornée transparente ; signes et diagnostic de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. — Vésicule biliaire ; complication de la lithiase biliaire ; — Bronches extra-pulmonaires ; corps étrangers des voies aériennes.

Concours de 1894. — Ganglions trachéo-bronchiques ; adénopathie trachéo-bronchique. — Pancréas ; complications nerveuses du diabète sucré ; — Villosités intestinales ; entérite tuberculeuse. — Tubes urinifères ; cancer du rein. — Capsules surrénales ; maladie d'Addison. — Artères coronaires ; angine de poitrine. — Creux poplité ; anévrisme poplité. — Muqueuse vésicale ; rétention d'urine et son traitement.

Concours de 1895. — Rapports du larynx : laryngite striduleuse ; Médiastin postérieur ; Symptômes et diagnostic du pneumothorax partiel ; — Vésicule de Graaf ; Diagnostic des kystes de l'ovaire ; — Nerf sciatique poplité externe ; Plaies des nerfs ; — Rapports de l'œsophage ; Rétrécissements cancéreux de l'œsophage ; — Sacrum ; — Manuel opératoire, difficultés et accidents de la version podalique ; — Parois osseuses des fosses nasales ; Symptômes et diagnostic des polypes naso-pharyngiens ; — Artères de la jambe ; Phlegmatia alba dolens ; — Glotte ; Diagnostic et indications thérapeutiques du croup ; — Arrière-cavité des épiploons ; Signes et valeur séméiologique de l'ascite ; — Rapports de l'œsophage ; Rétrécissement cancéreux de l'œsophage ; — Cordon séminal ; Kyste du cordon ; — Rapport de la carotide ; Oreillons ; — Muscles de l'éminence thénar ; Symptômes et diagnostic des paralysies saturnines ; — Rapports de l'uretère ; Symptômes, diagnostic et traitement de l'éclampsie puerpérale ; — Les oreillettes du cœur ; — Etiologie, signes et diagnostic de l'insuffisance tricuspidienne.

Concours de 1896. — Nerf phrénique ; symptômes et diagnostic de la pleurésie purulente. — Canal inguinal ; hernie inguinale congénitale chez l'homme — Muqueuse utérine à l'état de vacuité ; signes de la grossesse normale. — Glande sous-maxillaire ; stomatite mercurielle. — Rapports de la crosse de l'aorte ; signes et complications de l'anévrisme de l'aorte. — Rapports du rein ; coliques néphrétiques. — Creux poplité ; arthrite blennorrhagique. — Veine jugulaire interne ; symptômes de l'hémorragie cérébrale. — Valvules auriculo-ventriculaires (droite et gauche) ; rétrécissement mitral. — Cordon ombilical ; délivrance à terme. — Rapports de la trachée ; signes de la gangrène pulmonaire. — Portion extra-cranienne du nerf facial ; signes et diagnostic du tétanos.

Concours de 1897. — Col de l'utérus ; symptômes et diagnostic des corps fibreux de l'utérus. — Muscles grands droits de l'abdomen et leur gaine ; signes, diagnostic et traitement préventif du tétanos. — Muqueuse de l'estomac ; Formes cliniques et diagnostic de l'urémie. — Rapports de la glande parotide ; paralysies diphtéritiques. — Ligaments de l'articulation tibio-tarsienne ; signes, diagnostic et traitement des fractures bi-malléolaires. — Vaisseaux sanguins du cœur ; symptômes, diagnostic et pronostic du rachitisme. — Epiploon gastro-hépatique ; diagnostic de l'occlusion intestinale. — Muscles intrinsèques du larynx ; signes et diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début. — Lèvres, chancre induré. — Trompes ; abcès du sein. — Racines rachidiennes ; causes, symptômes et diagnostic de la chorée. — Trompes utérines ; causes, signes et diagnostic des abcès du sein. — Artère axillaire ; zones. — Nerf sciatique poplité externe ; panaris. — A la suite de la dernière séance, une épreuve supplémentaire a eu lieu entre les trois candidats qui avaient obtenu le maximum des points, soit 46 1/2. — Questions proposées : Eléments figurés du sang ; signes et diagnostic de la grippe.

Concours de 1898. — Anatomie du nerf phrénique ; causes et symptômes de la péricardite avec épanchement. — Trompes utérines ; signes de la grossesse au cinquième mois. — Vésicule biliaire ; colique hépatique. — Capsules et ligaments de l'articulation coxo-fémorale ; fracture du col du fémur. — Configuration et rapports de la rate ; fièvre typhoïde au huitième jour. — Artère de la base de l'encéphale ; symptômes et diagnostic de l'hémorragie cérébrale. — Nerf radial ; signes et diagnostic de la luxation du coude en arrière. — Rapports du poumon gauche ; signes et diagnostic de l'emphysème pulmonaire.

Concours de 1899. — Artère fémorale et ses branches ; grenouillette. — Artères de l'utérus ; diagnostic et traitement des accidents éclamptiques. — Les trois muscles constricteurs du pharynx ; polypes naso-pharyngiens. — Cordon spermatique ; tuberculose du testicule (anatomie pathologique, signes et diagnostic). — Nerf radial ; signes et diagnostic des luxations scapulo-humérales en avant et en dedans. — Rapports de la vessie ; calculs vésicaux (signes et diagnostic). — Rapports du corps thyroïde ; complication de la rougeole. — Hile du poumon ; des hémoptysies. — Valvule mitrale ; signes et complications du rétrécissement mitral. — Veine jugulaire interne ; anévrysme artério-veineux. — Cordon ombilical ; hémorragies de la délivrance après l'accouchement à terme (diagnostic et traitement). — Méninges rachidiennes ; mal de Pott dorso-lombaire. — Rapports des reins ; causes, signes et diagnostic des abcès périnéphrétiques.

Concours supplémentaire. — Extrémité inférieure du fémur ; corps étrangers articulaires. — Rapports des artères sous-clavières ; zona. — Les nerfs du diaphragme ; hémothorax traumatique.

Concours de 1900. — Parois osseuses de l'orbite ; symptômes du goitre exophtalmique. — Muscles de l'éminence thénar ; luxation métacarpo-phalangienne du pouce. — Anatomie des muscles de la couche profonde de la région postérieure de la jambe ; tarsalgie des adolescents. — Echancrure sciatique ; symptômes ; diagnostic du rhumatisme blennorragique. — Anatomie des muscles ptérygoïdiens ; symptômes et diagnostic du tétanos traumatique. Veine saphène interne ; symptômes et diagnostic des hémorroïdes internes. — Nerf crural ; signes et diagnostic des hématuries rénales. — Anatomie des muscles fléchisseurs des doigts ; paralysies saturnines ; symptômes et diagnostic. — Anatomie du muscle releveur de l'anus chez la femme. Symptômes et diagnostic des péritonites purulentes aiguës. — Etage moyen de la base du crâne ; stomatite mercurielle. — Muscles obturateurs ; symptômes et diagnostic des péricardites chroniques.

Concours de 1901 : Ligaments de l'articulation tibio-tarsienne ; Complications articulaires de la blennorrhagie (symptômes et diagnostic) ; Muscles péroniers latéraux ; Causes et symptômes du mal perforant plantaire ; Artère linguale ; Symptômes et diagnostic de la varicèle ; Muscle grand droit de l'abdomen ; Symptômes de l'hydro pneumo-thorax ; Canal cholédoque ; Symptômes de la colique hépatique ; Rapp. du muscle psoas-iliaque ; Symptômes de la fièvre typhoïde au début du 2e septénaire ; Articulation temporo-maxillaire ; Luxation du maxillaire inférieur ; Epididyme ; Diagnostic de la tuberculose du testicule ; Artère pulmonaire de son origine à son entrée dans les poumons ; Symptômes de la péricardite aiguë ; Les articulations radio-cubitales ; Symptômes de la fracture de l'extrémité inférieure du radius ; Appareils ligamenteux de l'articulation de la hanche ; Symptômes des fractures du col du fémur ; Anatomie de la trompe utérine ; Signes de la grossesse normale à terme ; Artères vertébrales ; Symptômes du mal de Pott dorso-lombaire ; Muscles et tendons de la patte d'oie ; Symptômes de la rougeole normale ; Les artères du pied ; Symptômes et complications des oreillons ; Anatomie du nerf phrénique ; Symptômes et diagnostic de la colique de plomb ; Rapp. de l'œsophage ; Symptômes et complications des fractures des côtes : Artère poplitée ; Symptômes de l'insuffisance aortique ; Anatomie de la veine-cave inférieure ; Symptômes des luxations de l'épaule en avant.

Concours de 1902. — Piliers du diaphragme ; pleurésie diaphragmatique ; artère sylvienne ; diagnostic de l'hémiplégie de cause cérébrale ; vaisseaux du rectum ; symptômes et diagnostic du cancer du rectum ; veines azygos ; symptômes et signes physiques d'une pneumonie franche lobaire aiguë évoluant sans complication, muscle sterno-cléido mastoïdien ; abcès du rétro-pharynx ; nerf moteur oculaire commun ; zona du tronc ; nerfs récurrents ; abcès du sein pendant l'allaitement ; vésicule biliaire sans l'histologie ni la physiologie ; colique de plomb ; cordon spermatique ; varicocèle ; appendice vermiforme du cæcum ; hémorrhagies intestinales dans la fièvre typhoïde ; nerfs intercostaux ; rétrécissement mitral ; nerfs de la main ; anévrysmes artérioso-veineux ; origine et tronc de l'artère pulmonaire (anat.) ; hémorrhagies pulmonaires chez les tuberculeux ; uretère ; phlegmon péri-néphrétique ; muscles masticateurs ; symptômes et diagnostic des fractures du rocher ; trompe de Fallope ; rétention placentaire dans l'avortement ; origine et tronc de la veine porte (anatomie) ; ulcère variqueux ; configuration et rapport du corps thyroïde ; symptômes et diagnostic de la dilatation des bronches ; bourses séreuses de la région du genou ; séméiologie de l'œdème des membres inférieurs.

Concours de 1903. — Appareil ligamenteux de l'articulation scapulo-humérale ; signes et diagnostic des luxations de l'épaule en avant et en dehors ; trompes utérines, diagnostic et traitement de l'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta ; artère iliaque externe ; signes et diagnostic de l'étranglement herniaire ; veine cave supérieure ; pneumothorax ; valvule mitrale ; rétrécissement mitral ; muqueuse utérine ; à quels signes reconnaît-on qu'une femme est enceinte ; articulation tibio-tarsienne ; fractures de l'extrémité supérieure du péroné ; cordon spermatique ; oreillons ; espace intercostal ; vomiques ; uretères ; coliques néphrétiques ; rapports du rectum ; hématocèle rétro-utérine ; pylore ; signes et diagnostic du cancer du pylore ; configuration extérieure et rapports du bulbe rachidien ; signes et diagnostic de l'épilepsie ; veines superficielles du membre supérieur ; signes et diagnostic

de la phlegmatia alba dolens ; rapports de l'œsophage ; signes et diagnostic du cancer de l'œsophage ; artères mésentériques ; hémorrhagies intestinales ; gaines synoviales de la face palmaire de la main ; panaris.

Prix de l'Internat. — Depuis 1888, le *Concours des Prix de l'Internat* est dédoublé (voir Bulletin du *Numéro des Etudiants*, 1887 et *Progrès méd.*, 1888, 1er sem. p. 89), en deux concours, portant les noms de *Concours de la médaille d'or pour la médecine et Concours de la médaille d'or pour la chirurgie* ou de *Concours des Bourses de voyages.* Maintenant il y a donc deux concours : un pour les *internes en chirurgie* de 4e année ; l'autre pour les *internes en médecine* de 4e année. Ces deux concours pour 1888, ont eu lieu en décembre (1).

Concours de 1893. *Section de Médecine : Scarlatine maligne. — Section de Chirurgie : Anatomie de la vésicule biliaire ; thérapeutique chirurgicale de la lithiase biliaire.*

Concours de 1894. — *Section de Médecine : Anatomie histologique et pathologique des capsules surrénales.*

Concours de 1897. *Section de Médecine* : Epreuve écrite : *Faisceau pyramidal ; ses contractures* : Question orale : *Gangrènes diabétiques. — Section de chirurgie* : Epreuve écrite : *Nerfs de la paume de la main ; plaies des nerfs* : Question orale : *Fractures bi-malléolaires.*

Concours de 1898. — *Section de médecine* : Epreuve écrite : *Globules blancs, leucocytose* : Question orale : *Des gangrènes dans la fièvre typhoïde. — Section de Chirurgie et accouchements,* Epreuve écrite : *Canal inguinal des épiplocèles* : Question orale : *Hématocèle rétro-utérine.*

Concours de 1899. — *Section de médecine* : Epreuve écrite : *Circulation pulmonaire ; les pleurésies tuberculeuses* : Question orale : *De la gastro-succorrhée. — Section de chirurgie et accouchements* : Epreuve écrite : *Voile du palais (anatomie et physiologie ; tumeurs du voile du palais* : Question orale : *Diagnostic et traitement du cancer du rectum.*

Concours de 1900. — *Section de médecine.* — Epreuve écrite : *Artères cérébrales (anatomie et physiologie) ; diagnostic de la paralysie générale.* - Epreuve orale : *Accidents pleuro-pulmonaires du mal de Bright. — Section de chirurgie* : Epreuve écrite : *Fracture de Dupuytren.* — Epreuve orale : *Luxations anciennes de l'épaule : Abcès rétro-pharyngiens.*

Concours de 1901. — *Section de médecine* : Epreuve écrite : *Cellules hépatiques (anatomie et physiologie générales)* : *La maladie amyloïde.* — Epreuve orale : *Foie cardiaque. — Section de chirurgie et accouchement.* — Epreuve écrite : *Articulation médio-tarsiennes ; Ostéomyélite chronique.* — Epreuve orale : *Septicémie gazeuse.*

Concours de 1902. — *Section de médecine.* — Epreuve écrite : *Glandes de l'estomac (anatomie et physiologie) : Cancer du pylore.* — Epreuve orale : *Insuffisance aortique. — Section de chirurgie et accouchement.* — Epreuve écrite : *Carotide primitive ; diagnostic et traitement des complications intra-craniennes des otites moyennes suppurées.* — Epreuve orale : *Diagnostic et traitement des anévrismes artériels poplités* (2).

Concours de 1903-04. — *Médecine.* — Epreuve écrite : *Structure et rôle physiologique de la muqueuse de l'intestin grêle, tuberculose intestinale (anatomie pathologique et symptômes).* — Epreuve orale : *Pathogénie et diagnostic des péritonites aiguës : pathologie et diagnostic des arthrites infectieuses. — Chirurgie et accouchement :* Epreuve écrite : *Muscles du pharynx, physiologie de la déglutition, polypes naso-pharyngiens* ; Epreuve orale : *Luxations traumatiques de la hanche.*

En raison de l'augmentation progressive des *services d'accouchement*, et par conséquent du nombre des internes, il conviendrait, à notre avis, de créer prochainement une *bourse de voyage* pour les internes des services d'accouchement. Il y aurait, alors, *trois bourses de voyage* : médecine, chirurgie, accouchements.

En dehors de ces prix, il en existe certains autres dus à des fondations, et dont la plupart sont accordés à celui qui est arrivé premier lors du concours de l'internat. Ces prix sont les suivants : *Prix Arnal* : Livres et instruments donnés au premier externe nommé au concours. Valeur 450 fr. — *Prix Dusol* : donné au premier interne nommé au concours. Valeur 300 fr. — *Prix Godard* : Boîte ou trousse d'instruments au premier interne nommé au concours. Valeur 200 fr. — *Prix Barbier* : Au premier interne nommé au concours sous la condition qu'il sera attaché au service chirurgical de la Charité. Valeur 1.250 fr. environ. *Prix Burlaud* : Donné à l'un des trois internes reçus 5e, 6e ou 7e au concours et qui sera désigné par le sort. Valeur 500 fr. (payables par trimestres ; d'ordinaire, les trois élèves partagent le prix). — *Prix Civiale* : Prix biennal de 1,000 fr., à l'interne titulaire ou provisoire, auteur du meilleur travail sur les maladies des voies urinaires. — *Prix Fillioux* : Deux prix annuels de même valeur, l'un à l'interne, l'autre à l'externe qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille. Ces prix sont de 900 fr. chaque. — *Prix Zambaco* à l'interne qui a obtenu l'accessit au concours des prix de l'internat (section de médecine). Valeur, 291 fr.

(1) On trouvera dans le Numéro des Etudiants de 1900, la liste des questions données depuis 1877 jusqu'en 1887.

(2) Les questions de 1904 seront publiées dans les numéros suivants du *Progrès médical*. Voir, pour les questions relatives aux autopsies ; Bourneville et Bricon, **Manuel des autopsies.**

Les renseignements qui précèdent montrent combien *l'externat* et surtout l'*internat* offrent d'avantages scientifiques aux étudiants en médecine, et nous ne saurions trop engager les étudiants laborieux à se préparer aux concours qui permettent d'arriver aux fonctions d'externes et d'internes. Voici les avantages matériels que ces institutions leur présentent.

Internes. — Avant 1882 : 1re et 2e années, 500 fr. ; 3e année, 600 fr. ; 4e année, 700 fr. Depuis le 1er janvier 1882, à la suite d'une proposition de M. Bourneville, adoptée par le Conseil municipal, les indemnités sont les suivantes : 1re année, 600 fr. ; 2e année, 700 fr. ; 3e année, 800 fr. ; 4e année, 1,000 fr. — Les internes sont d'habitude logés. Dans le cas contraire, ils reçoivent une indemnité de 600 fr. — Dans les hôpitaux excentriques (Tenon, Bichat, Broussais, Herold, Sainte-Périne) et dans les hospices extra muros (Bicêtre, Ivry, Ménages), ils reçoivent, en outre, une indemnité de déplacement calculée à raison de 300 fr. par an. — Le nombre des places vacantes est d'ordinaire de 50 à 60 ; celui des candidats de 500 environ ; celui des copies remises de 400 environ.

Externes. — 1° Dans les hôpitaux dits du *centre* : Charité, Clinique, Hôtel-Dieu, Pitié, etc., les externes ne reçoivent aucune indemnité ; — 2° Dans les hôpitaux *excentriques* (Beaujon, Lariboisière, Saint-Antoine, Trousseau et Saint-Louis, etc.), les externes ont une indemnité de un franc par jour de présence. — A la Maison de Santé, les externes ont une indemnité individuelle de 300 fr. — Enfin, à Tenon, à Bichat, etc., les externes, vu la grande distance de l'hôpital, touchent exceptionnellement, comme nous l'avons dit, une indemnité de 50 fr. par mois au prorata de leurs journées de présence.

Enseignement clinique dans les Hôpitaux.

Hôpital Andral. — *Cours pratique sur les maladies de l'estomac.* — Sous la direction de M. le docteur Alb. MATHIEU. M. le docteur Jean Ch. ROUX, ancien interne des hôpitaux, assistant de la consultation des maladies de l'estomac à l'hôpital Andral, et M. le docteur A. LABOULAIS, ancien interne en pharmacie des hôpitaux, chef de laboratoire de M. le docteur Mathieu, commenceront un cours théorique et pratique sur les maladies de l'estomac, le lundi 14 novembre 1904. Le cours sera complet en un mois et aura lieu au Laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, à 5 heures 1/2 du soir. Les travaux pratiques (examen du suc gastrique, et autres procédés de diagnostic) auront lieu les mêmes jours de 4 h. 1/4 à 5 1/4, avant le cours. Il sera constitué des séries par ordre d'inscription. Pour les renseignements et l'inscription, s'adresser au Laboratoire de l'Hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, tous les matins de 8 heures à midi et tous les soirs de 1 heure à 6 heures, le mercredi excepté.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies des vieillards et maladies nerveuses* : M. P. MARIE, le samedi, à 9 h. 1/2. — *Maladies mentales* : M. Ch. FÉRÉ, consultation le mardi, à 9 h. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants* : M. BOURNEVILLE. Samedi, à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musées, présentations de cas cliniques, etc.).

Hôpital Bichat. Bd. Ney, près la porte Saint-Ouen. — On y accède facilement par le tramway électrique de la Madeleine 13 minutes, et celui de Saint-Augustin, 12 minutes. Cet hôpital comprend un seul service de chirurgie dirigé par M. le Dr PICQUÉ et répond aux besoins d'une circonscription de 180.000 habitants. Deux salles de malades (hommes et femmes) composent le service. A chaque salle est annexée une salle d'opérations. Du côté des femmes existe un pavillon d'isolement. Des modifications importantes ont été introduites dans le service opératoire par M. Picqué, surtout au point de vue de la stérilisation de l'eau. Il existe en outre un service spécial pour la stérilisation des pansements et un laboratoire pour l'*électrothérapie* et la *radiographie* (M. LEBON, ancien interne des hôpitaux). Organisation de l'enseignement, dans le

service de la gynécologie et les voies urinaires : tous les mercredis à 10 h., conférence clinique au laboratoire par M. Picqué. Une affiche ultérieure indiquera le jour et l'heure des conférences faites à la policlinique, sur les yeux, les oreilles etc., ainsi que des conférences de bactériologie faite au laboratoire par M. le Dr Mortier. Cette policlinique est spéciale à Bichat et n'existe dans aucun autre hôpital (arrêté du 18 mars 1900). Opérations mardi, jeudi, samedi. Visite tous les jours à 9 h.

Hôpital Bretonneau, 2, rue Carpeaux (Montmartre). — M. Sevestre. Visite tous les matins à 9 heures. Pavillon Archambault, salles Molland et J. Simon (maladies aiguës). — Pavillon Bouchut. (Diphtérie). — Pavillon Parrot (douteux). — Examen des nouveaux et conférences cliniques au lit des malades les mardis, jeudis et samedis. Consultations externes les lundis, mercredis et vendredis.

Hôpital de la Charité. — M. le Dr Maygrier, accoucheur. Visite tous les jours à 9 heures. Consultations pour les femmes enceintes tous les jours. Consultation spéciale pour les nourrissons le mardi à 9 heures. Les élèves bénévoles qui désirent faire des accouchements doivent se faire inscrire dans le service, qu'ils s'engagent à suivre, à l'exclusion de tout autre, au moins pendant un mois. Toutefois, pendant les deux périodes du stage trimestriel (du 1er décembre au 15 juin) leur nombre est subordonné à celui des stagiaires envoyés par la Faculté. L'enseignement comporte, outre la pratique des accouchements, pour laquelle les élèves sont mis en série, l'examen des femmes enceintes, la lecture des observations et des interrogatoires, des manœuvres sur le mannequin. Leçon clinique à l'Amphithéâtre Potain le jeudi à 10 heures.

Electricité médicale : Le Dr L.-R. Regnier, chef du Laboratoire d'électrothérapie de la Charité, commencera ses conférences le mardi 15 novembre, à 4 h. 1/2, au Laboratoire, et les continuera les mardis et samedis à la même heure. — *Sujet du cours* : Instruments employés pour l'électro-diagnostic et l'électrothérapie. Manuel opératoire. Applications de l'électricité aux maladies de la pratique journalière.

Hôtel-Dieu. — — *Leçons cliniques sur les maladies nerveuses.* — Pendant le semestre d'hiver, M. Gilbert Ballet fait des leçons cliniques sur la pathologie mentale et nerveuse ; le dimanche à 10 heures. — L'ouverture du cours est annoncée par une affiche spéciale. — Samedi, toute l'année, consultation spéciale pour les affections mentales et nerveuses à 9 h. 1/2, et polyclinique.

Clinique ophtalmologique de l'Hotel-Dieu. — M. le prof. F. de Lapersonne, commencera son cours de clinique ophtalmologique le jeudi 3 novembre 1904. — *Ordre de service* : Lundi, à 9 heures 1/2 : policlinique (salle de consultation). Mardi, à 9 heures 1/2 : opérations. Mercredi, à 10 heures: examens ophtalmoscopiques. Jeudi, à 9 heures 1/2 : opérations, Vendredi, à 10 heures : leçons cliniques (amphithéâtre Dupuytren). Tous les matins, à 9 h. : consultation externe. La première leçon à l'amphithéâtre Dupuytren aura lieu le vendredi 18 novembre, à 10 heures.

En outre, divers cours payants sont faits dans la journée en dehors des heures de la clinique.

1° *Cours pratique d'ophtalmologie* : Ce cours commencera le mardi 22 novembre 1904. à 3 heures, à l'Hôtel-Dieu. Il sera fait par M. le Professeur de Lapersonne, les docteurs Poulard et Pley. Il aura lieu tous les jours et sera complet en 20 leçons. Les élèves seront exercés individuellement à l'emploi de l'ophtalmoscope et des appareils utilisés en clinique ophtalmologique.

2° *Cours de perfectionnement* (technique ophtalmologique) : Ce cours commencera dans la semaine qui suivra les vacances de Pâques. Il sera fait comme les années précédentes par MM. le professeur de Lapersonne, le professeur agrégé Weiss, les docteurs Monthus, Scrini et Gellé. Il a lieu tous les jours et dure environ six semaines. Il comprend : 1° la médecine opératoire ; 2° l'ophtalmométrologie ; 3° l'anatomie pathologique et la bactériologie oculaire ; 4° la thérapeutique oculaire ; 5° la technique otorhinologique.

3° *Cours de révision* (vacances) : Il sera fait, comme les années précédentes, par MM. les chefs de clinique et de laboratoire dans le courant de septembre.

Hôpital Lariboisière. — *Clinique des maladies du larynx, du nez, des oreilles, de la face et du cou.* — M. le Dr Pierre Sébileau, agrégé, chargé de cours, chirurgien de l'Hôpital Lariboisière : maladies du larynx, du nez, du cou et de la tête ; mardi, samedi à 9 heures. Maladies des oreilles ; lundi et vendredi à 9 heures. — Leçon clinique ; vendredi à 10 h. 1/2. Opérations ; mercredi et jeudi à 10 heures.

— M. le Dr P. Le Gendre, chargé de cours de clinique annexe par la Faculté, exercera chaque matin, à 9 h. 1/2, les stagiaires à l'*examen des malades*. Le samedi, à 10 h. 1/2, il fera, dans l'amphithéâtre, une leçon de *pratique médicale* (thérapeutique et déontologie).

Hôpital Saint-Antoine. — *Service spécial des maladies de l'oreille, du nez et du larynx.* — Le docteur Marcel Lermoyez, médecin des hôpitaux. A 10 heures, le lundi : petite chirurgie spéciale ; — le mercredi et vendredi : opérations (complications cervicales et craniennes des otites suppurées ; cure radicale de l'otorrhée et des sinusites). Le mardi, jeudi, samedi, consultations. En janvier 1905, commencera un *cours pratique en 30 leçons* : Il sera annoncé d'autre part.

— M. Mosny, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera, le jeudi 10 novembre, salle Louis, à 10 heures du matin, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure, des conférences cliniques sur la tuberculose pulmonaire.

Sous la direction de M. Mosny, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, M. Malloizel, interne du service, commencera, le lundi 7 novembre, un cours *élémentaire pratique* d'auscultation et de diagnostic des maladies des organes respiratoires (bronches, poumons, plèvres). Ce Cours aura lieu tous les jours à 4 heures après-midi. Il sera complet en 12 leçons. Les élèves seront *individuellement* exercés à la pratique de l'auscultation. Le prix du cours d'auscultation est fixé à 50 francs. Le nombre des élèves étant limité, se faire inscrire d'avance, le matin, auprès de M. Malloizel, interne.

— M. Vaquez : les mardis et jeudis, à partir du 8 novembre. Mardis : Leçon à l'amphithéâtre. Jeudis : Consultation externe. Maladies de l'appareil circulatoire et du sang.

— *Radiologie médicale.* — Le docteur A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, fait deux fois par an, dans une des dernières semaines d'octobre et dans la semaine avant Pâques, un *cours de vacances* sur les notions théoriques et techniques indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie. Ce cours, librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine, est complété par des exercices pratiques auxquels donne accès un droit d'inscription de 100 francs. Les exercices pratiques de radiologie ont lieu pendant toute l'année. En dehors des deux cours de vacances, tous les samedis à 10 heures du matin, examen radioscopique des malades.

Hôpital Saint-Louis. — M. Hallopeau reprendra ses conférences cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques, dans la salle des conférences, le jeudi 3 novembre, à 3 heures et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Hôpital Tenon. — M. le Dr Lejars : leçons de *chirurgie abdominale* : mardi, jeudi, samedi à 9 h.

Asile Clinique (**Sainte-Anne**). — *Pavillon central de chirurgie de l'Asile clinique, rue Cabanis* 1. Ce pavillon, créé par le conseil général, a été ouvert le 4 mai 1901, sous la direction de M. le Dr Picqué, chirurgien en chef de l'Asile. Il est exclusivement réservé aux aliénés de tout le département de la Seine répartis dans 7 établissements (Ville-Evrard, Maison Blanche, Maison de santé, Vaucluse, Colonie des arriérés, Villejuif, Asile clinique), sur une population de 7.000 malades environ. C'est un pavillon exclusivement opératoire où les malades ne viennent que pour y subir l'opération déclarée nécessaire (voir 1er volume du Recueil des travaux. Librairie Masson). Ce pavillon, construit avec tous les perfectionnements désirables, n'est visible que le mercredi de 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2, sous la direction du chirurgien.

Asile de Villejuif. — *Maladies mentales et psychologie expérimentale.* — M. Toulouse. Le mercredi, visite du service ; conférences cliniques au lit des malades

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE

En raison de l'importance de l'Assistance publique à Paris, de la distribution des secours de toute nature, du nombre des établissements hospitaliers, il a été nécessaire de créer une Administration spéciale. En 1849, une loi a confié à l'Administration générale de l'Assistance publique de Paris le service des Enfants assistés et des Aliénés. Mais, en 1873, l'administration de l'Assistance publique, qui était très impopulaire, s'est vu enlever le service des Aliénés. Il s'ensuit que, aujourd'hui, il existe à Paris deux administrations de l'assistance publique, l'une siégeant avenue Victoria, et une autre, limitée au service des aliénés et aux hôpitaux départementaux, siégeant à la Préfecture de la Seine. Il en résulte, à tous les égards, de nombreux inconvénients. Les dépenses sont plus considérables et tendent à s'accroître chaque année ; on a créé un nouveau Corps médical, un autre groupe d'internes, etc. De là, des tiraillements de toute sorte, des fausses manœuvres, des pertes de temps. Il serait vivement à désirer que tous les services relatifs à l'Assistance publique fussent réunis en un seul groupe pour Paris et la Seine, avec un *Conseil de surveillance* pour toute l'Assistance publique. Depuis 1879, les places d'internes en médecine des asiles d'aliénés de la Seine sont données au concours.

Règlement des Concours de l'Internat en médecine des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Par suite des nouvelles modifications qui ont été introduites dans l'organisation de ce concours, nous croyons utile de reproduire en entier l'arrêté préfectoral en date du 15 novembre 1900, modifié dans certaines de ses dispositions, par l'arrêté du 29 août 1903, qui autorise les *candidats étrangers* et les *étudiantes* en médecine à prendre part au concours.

Vu le projet de réglementation du concours de l'internat en médecine des asiles publics d'aliénés de la Seine, adopté par la Commission de surveillance desdits asiles dans ses séances des 8 novembre et 13 décembre 1898, 10 janvier et 7 février 1899, et portant modification de l'arrêté réglementaire du 8 mars 1880 ; — Vu le rapport du Directeur des Affaires départementales ; — Sur la proposition du Directeur du Personnel ; — Le Secrétaire général de la Préfecture entendu ; arrête :

Article premier. — Il sera ouvert, chaque année, à Paris, au mois de décembre, un concours public pour la nomination aux emplois d'interne en médecine dans les asiles publics d'aliénés de la Seine. Les concours seront annoncés un mois à l'avance par des affiches apposées dans Paris, notamment aux abords de l'Ecole de médecine et dans les hôpitaux et hospices.

Art 2. — Pourront prendre part au concours les docteurs en médecine munis du diplôme délivré par les Facultés de l'Etat et les étudiants ou étudiantes en médecine, sans distinction de nationalité, possédant seize inscriptions de doctorat.

Art. 3. — Les candidats devront, pour être inscrits au concours, produire les pièces suivantes à la Préfecture de la Seine (service des aliénés) : 1° Expédition d'acte de naissance ; — 2° Extrait du casier judiciaire ; — 3° Certificat de revaccination (1); — 4° Diplôme de docteur en médecine ou certificat de seize inscriptions prises dans une des facultés ou écoles de médecine de l'Etat. Ce dernier certificat devra indiquer que l'intéressé n'a pas subi de peines disciplinaires graves ; — 5° Un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le Maire de la commune ou le commissaire de police du quartier ; — 6° Un certificat de l'Assistance publique indiquant les services hospitaliers du candidat et témoignant qu'il n'a pas subi de peines disciplinaires graves. — Les candidats devront en outre n'avoir pas atteint l'âge de trente ans révolus au 1er décembre de l'année où aura lieu le concours. Les années de présence sous les drapeaux accomplies par les candidats français ne seront pas comptées dans ce délai. La liste des candidats sera close quinze jours avant la date de l'ouverture du concours.

Art. 4. — Le jury sera composé, par voie de tirage au sort, de sept membres, savoir : Quatre médecins en chef désignés parmi les médecins titulaires ou honoraires des asiles publics d'aliénés de la Seine et de l'infirmerie spéciale du Dépôt près la Préfecture de police ; un médecin en chef des quartiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière ; un médecin des hôpitaux ; un chirurgien des asiles de la Seine, ou, à son défaut, un chirurgien des hôpitaux. — Le jury devra, pour délibérer, être composé de cinq membres au moins. La voix du Président est prépondérante.

Art. 5. — Dès que la liste des candidats sera close, les membres du jury seront tirés au sort par le délégué du Préfet de la Seine, assisté de deux membres de la Commission de surveillance des asiles publics d'aliénés du département.

Art. 6. — Les fonctions de membre du jury sont obligatoires ; nul ne peut en être relevé que pour une cause grave, et tout membre qui abandonnerait ses fonctions ou qui refuserait de faire partie du jury serait considéré comme renonçant désormais à siéger dans les concours.

Art. 7. — Tout degré de parenté ou d'alliance, jusques et y compris le sixième degré entre un concurrent et l'un des membres du jury, ou entre les membres du jury, donne lieu à récusation d'office de la part de l'Administration.

Art. 8. — Les épreuves du concours sont les suivantes : 1° une composition écrite, de trois heures, sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe (médecine et chirurgie). Il sera accordé trente points pour cette épreuve. Elle pourra être éliminatoire si le nombre des candidats dépasse le triple des places vacantes ; — 2° une épreuve orale de quinze minutes sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux, après quinze minutes de préparation. Il sera accordé vingt points pour cette épreuve ; — 3° une épreuve orale de dix minutes sur une question de garde. Il sera laissé aux candidats deux minutes de réflexion qui seront comprises dans les dix minutes de l'épreuve. Il sera accordé quinze points pour cette épreuve. Par question de garde on doit entendre une épreuve orale relative à la conduite immédiate à tenir par le médecin en présence d'un cas clinique urgent de médecine de chirurgie ou d'obstétrique.

Art. 9. — Le sujet de la composition écrite est le même pour tous les candidats. Il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées par le jury immédiatement avant l'ouverture de la séance. Pour les épreuves orales, la question sortie est la même pour ceux des candidats qui sont appelés dans la même séance. Elle est tirée au sort comme il est dit ci-dessus. L'épreuve orale peut être faite en plusieurs jours si le nombre des candidats ne permet pas de la faire subir à tous dans la même séance ; dans ce cas, les questions sont rédigées par le jury chaque jour d'épreuves, au nombre de trois, immédiatement avant d'entrer en séance. Les candidats qui doivent subir les épreuves orales sont tirés au sort à l'ouverture de chaque séance.

Art. 10. — Les candidats sont surveillés pendant la composition écrite par un des membres du jury. — Les compositions sont recueillies et mises sous cachet par le membre délégué du jury : elles sont lues publiquement par leurs auteurs sous la surveillance de l'un des concurrents. Tout concurrent qui s'est servi pour sa composition de livres ou de notes apportés à la séance, ou qui en lisant sa composition, en a changé le texte primitif, est exclu du concours. Les épreuves orales sont publiques. Seront seuls admis dans les locaux consacrés aux épreuves écrites les candidats admis au concours.

Art. 11. — A la fin de chaque séance, il sera donné publiquement connaissance aux candidats du nombre de points qui leur sont attribués.

Art. 12. — Le jugement définitif porte sur l'ensemble des épreuves.

Art. 13. — Il pourra être nommé des internes provisoires en nombre égal au nombre des internes titulaires. L'interne provisoire reçoit le traitement et les avantages en nature d'un interne titulaire de première année chaque fois qu'il est appelé à faire un remplacement.

Art. 14. — Les internes nommés dans l'ordre de classement établi par le jury d'examen entreront en fonctions le 1er février de l'année suivante.

Art. 15. — La durée des fonctions des internes titulaires est de trois ans ; celle des fonctions d'interne provisoire, d'une année. Les fonctions d'interne dans les asiles sont incompatibles avec les fonctions d'interne ou externe dans les hôpitaux, hospices ou autres établissements.

Art 16. — Les internes provisoires peuvent se représenter au concours pour les places d'internes titulaires, sous réserve des conditions exprimées dans l'article 3.

Art. 17.— La répartition des internes dans les divers services d'aliénés se fait le 1er février de chaque année. Les internes de première année choisissent leurs places d'après l'ordre de classement. Pour les années suivantes, le choix se fait d'après l'ordre d'ancienneté. Tous ces choix ne seront définitifs qu'après ratification par l'administration.

Art. 18. — A l'expiration de leurs fonctions, les internes qui auront soutenu leurs thèses pourront être autorisés à faire une quatrième année d'internat et ceux qui auront passé avec succès le concours de l'adjuvat pourront être maintenus en fonctions une cinquième année. Ces prorogations seront autorisées par décisions préfectorales sur demandes motivées du chef de service.

Art. 19. — Un interne ne pourra rester plus de deux ans dans le même service ; toutefois, cette règle ne sera pas appliquée aux internes prorogés.

Art. 20. — Les traitements alloués aux internes sont fixés de la manière suivante :

	Traitement
1re année	800 francs
2e —	1.000 —
3e —	1.200 —

Les internes qui, exceptionnellement, ne seraient ni logés, ni nourris dans l'établissement, recevront les indemnités représentatives de logement et de nourriture suivantes :

	Indemnité représentative de logement	Indemnité représentative de nourriture
1re année	600 francs	900 francs
2e —	600 —	900 —
3e —	600 —	900 —

Les internes reçoivent, en outre, une indemnité de déplacement de 300 francs pour Villejuif et de 400 francs pour les asiles de Vaucluse, Ville-Evrard et Maison-Blanche. Les internes appelés à rester en fonctions après leurs trois années d'internat, par appli-

(1) Nous avons enfin obtenu gain de cause sur ce point, comme nous l'avons déjà obtenu, non sans peine, pour le concours de l'internat des hôpitaux ; il ne devrait pas y avoir de décès par la variole dans les hôpitaux. Le ministre de l'instruction publique a enfin prescrit la revaccination de tous les étudiants en médecine ; cette mesure devrait être appliquée à tous les étudiants à l'entrée de toutes les Facultés.

cation de l'article 18, reçoivent un traitement de 1.400 francs pendant la quatrième année et de 1.600 pendant la cinquième. Ils continuent, comme pendant les premières années, à jouir des avantages en nature ou des indemnités représentatives ci-dessus suivant la situation de l'établissement auquel ils sont attachés.

ART. 21. — L'arrêté du 20 mars 1857 et le règlement sur le service de santé de l'Assistance publique sont applicables aux internes dans celles de leurs dispositions qui ne sont pas réglementées par le présent arrêté. Toutes les questions soulevées au cours des opérations du concours et qui ne pourraient être résolues par l'application pure et simple des règlements précités feront l'objet d'un vote du jury qui statuera à la majorité des voix. En cas de partage, la voix du Président sera prépondérante.

ART. 22. — Le Secrétaire général de la Préfecture, le Directeur des Affaires départementales et le Directeur du Personnel sont chargés d'assurer, chacun en ce qui le concerne, l'exécution du présent arrêté.

Le prochain concours s'ouvrira le 3 DÉCEMBRE prochain, à deux heures précises, à la Préfecture de la Seine. Les candidats à ce Concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à midi et de deux heures à cinq heures, du mercredi 2 au mercredi 16 novembre 1904 inclusivement.

Ce concours a lieu également pour les *internes* de l'infirmerie spéciale des *aliénés* à la Préfecture de police. Ces internes recevront le traitement ainsi que les avantages en nature ou les indemnités représentatives, dans les proportions fixées par la Préfecture de Police. L'emplacement des salles où auront lieu les diverses épreuves du concours sera indiqué ultérieurement.

Questions posées. — Voici les questions écrites et orales données au concours de 1883 à 1899, afin de donner aux futurs concurrents une idée de la nature des épreuves.

Questions écrites. — — C. de 1892 : *Cordons postérieurs de la moelle* (anat. et physiologie). — C. de 1893 : *Nerfs moteurs de l'œil* (anat. et physiologie). C. de 1893 : *Nerf spinal* (anat. et physiologie). — C. de 1895 : *Substance grise de la moelle* (anat. et physiologie).— C. de 1896 : *Plexus brachial* (anat. et physiologie). — C. de 1897 : *Nerfs de la main* (anat. et physiologie).— C. de 1898 : *Sillon de Rolando* (anat. et physiologie). — C. de 1899 : *Sympathique cervical* (anat et physiologie). — C. de 1900 : *Anatomie et physiologie du faisceau pyramidal et des voies motrices.* — C. de 1901 : *Symptômes et diagnostic de la pneumonie franche ; —Fracture du tibia compliquée de plaies.* — C. de 1902 : *Complications de la fièvre thyphoïde : luxation de l'épaule.* — C. de 1903 : *Causes, symptômes et diagnostic de la gangrène. — Diagnostic, pronostic, et traitement des fractures bimalléolaires.*

Questions orales. — C. de 1892 : *Symptômes et diagnostic de la pneumonie franche aiguë : Hernie crurale. — Hémoptysie.— Fractures de l'extrémité inférieure du radius. — Insuffisance mitrale.— Fractures de côtes. — Pleurésie purulente.—Luxation de la mâchoire.* — C. de 1893 : *Signes et diagnostic de l'étranglement interne.— Corps étrangers de l'œsophage. — Ulcère rond de l'estomac. — Luxation de l'épaule en avant. — Pleurésie purulente. — Fracture du col du fémur.* — C. de 1894 : *Urémie, Symptômes et diagnostic de l'insuffisance aortique. — Plaies de poitrine. — Pneumonie. Symptômes et diagnostic. — Tumeur des bourses. — Cancer de l'estomac. — Abcès chauds.* — C. de 1895 : *Substance grise de la moelle.—Anatomie et physiologie.— Coliques néphrétiques. — Etranglement herniaire. — Fracture de l'extrémité inférieure du radius. — Rougeole (symptômes et diagnostic). — Cancer du rectum. — Tumeur blanche du genou —Hématémèse.* — C. de 1896 : *Plexus brachial (anatomie et physiologie). — Signes et diagnostic des luxations de l'épaule en avant et en dedans. — Signes et marche de la cirrhose atrophique du foie.— Diagnostic et traitement de la pleurésie purulente. — Signes et diagnostic de la méningite tuberculeuse. — Signes et diagnostic des plaies de poitrine. — Rétrécissement mitral.* — C. de 1897 ; *Diagnostic des hémoptysies. — Luxation du maxillaire inférieur. — Symptômes et diagnostic des plaies pénétrantes de poitrine. — Erysipèle. — Etranglement herniaire —. Angine de poitrine. — Les brûlures.* — C. de 1898 : *Signes et diagnostic de l'urémie. — Etiologie, symptômes et diagnostic du tétanos. — Causes, signes et valeur diagnostique des hémorragies intestinales. — Signes diagnostic et traitement des fractures du rocher. — Angine diphtérique ; — Indications et manuel opératoire de la trachéotomie. — Chlorose. — Plaies de l'intestin.* — C. de 1899 : *Des crises gastriques.— Symptômes et diagnostic de la hernie étranglée. — Mal de Pott. — Pustule maligne. — Signes et diagnostic de la coxalgie ;— Formes cliniques de l'urémie.* — C. de 1900 : *Symptômes, signes et diagnostic de l'embolie pulmonaire. — Diagnostic et traitement de la rétention d'urine. — Symptômes et marche de l'insuffisance aortique. — Diagnostic et complications des fractures de côtes.— Séméiologie des hémorragies intestinales. — Diagnostic de l'occlusion intestinale.* — C. de 1901 : *Lobe frontal. — Branches du nerf facial. — Faisceau pyramidal. — Indications et technique du cathétérisme de l'urèthre chez l'homme.* — C. de 1902 : *Nerf spinal. — Région rolandique. — Racines postérieures. — Diagnostic et traitement de l'occlusion intestinale. — Nerf glosso-pharyngien. — Nerf du cœur. — Cordon antérieur de la moelle. — De la conduite à tenir en présence d'un accès de suffocation. — De la conduite à tenir en présence de rétension complète d'urine.* — Nous ne saurions trop encourager les candidats à organiser entre eux des *conférences* et non pas à la veille du concours, mais 8 ou 10 mois avant, ainsi que le font les candidats à l'internat des hôpitaux.

L'Internat en Pharmacie des Asiles.

Concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie vacantes au 1er février 1905 dans les Asiles publics d'Aliénés du département de la Seine (Asile-Clinique, asile de Vaucluse, Ville-Evrard, Villejuif et Maison-Blanche). — Le concours annuel pour les places vacantes en 1904 aura lieu au mois de janvier prochain.

Personnel des Asiles d'Aliénés de la Seine.

I. — ASILE-CLINIQUE (SAINTE-ANNE), 1, rue Cabanis, boulevard Saint-Jacques, 1070 lits. L'Asile-Clinique relève directement de la Préfecture de la Seine et ne dépend pas de l'Administration de l'Assistance publique. — *Directeur* : M. Maurice GUILLOT. — *Médecins, chefs de service* : M. MAGNAN (service de l'admission). MM. DUBUISSON et VALLON (service de l'asile, femmes et hommes). M. DAGONNET (chargé du service de la consultation et des bains externes). — *Pharmacien en chef* : M. le Dr QUESNEVILLE, agrégé à l'Ecole de pharmacie.

La *clinique des maladies mentales* est installée à l'asile, sous la direction de M. le professeur JOFFROY, remplissant les fonctions médicales et administratives de médecin en chef (arrêté ministériel du 13 avril 1897). Chefs de clinique : MM. les Drs ROY et JUQUELIER. Chef du laboratoire d'anatomie pathologique : M. le Dr RABAUD, MM. les Drs DUMAS et SERVEAUX, attachés au laboratoire d'expérimentation physiologique. — M. MAGNAN, mercredi à 9 h. 1/2, service d'alimentation. L'organisation officielle du service dentaire à l'Asile, sous la direction de M. POINSOT, a été autorisée par délibération du Conseil général du 11 juillet 1887. Consultations gratuites tous les mercredis, à 10 h., dans la salle des consultations externes. Dentiste adjoint : M. TOUCHARD.

Ecole départementale d'infirmiers et d'infirmières de l'Asile-Clinique (Sainte-Anne) (dix-huitième année). — Les cours ont lieu du mois de novembre au mois de juin, les lundis et vendredis, à huit heures du soir, dans l'Amphithéâtre du service de l'admission. Ils ont commencé le 19 octobre, à 8 h. du soir.

Hygiène, professeur : M. le Dr DUBUISSON. — *Pansements et Appareils*, professeur : M. le Dr MAUCLAIRE. — *Physiologie*, professeur : M. le Dr VALLON. — *Anatomie*, professeur : M. le Dr VALLON. — *Petite pharmacie*, professeur : M. THABUIS, pharmacien en chef de l'asile de Maison-Blanche. — *Administration*, professeur : M. GUILLOT directeur. — Les personnes étrangères à l'établissement, qui désireront suivre ces cours gratuits, devront se faire inscrire tous les jours, de 10 h. à 4 h., à la direction de l'Asile, 1, rue Cabanis.

II. — ASILE DE VILLE-EVRARD, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). 974 lits. — *Directeur* : M. BALET. — *Médecins, chefs de service* : MM. les Drs KÉRAVAL (division des femmes) ; MARANDON DE MONTYEL (division des hommes) ; LEGRAIN (quartier spécial des alcooliques). — *Pharmacien en chef* : M. MOUREU, agrégé de l'Ecole de Pharmacie. — *Dentiste* : M. HACH, chirurgien-dentiste.

A côté de l'asile public, il existe un pensionnat qui est tout à fait distinct de l'asile et a pour médecin en chef : M. le Dr SÉRIEUX.

III. — ASILE DE VAUCLUSE, à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise), 721 lits. — *Directeur* : M. René PICHON. — *Médecins en chef* : M. le Dr DUPAIN (femmes), M. le Dr VIGOUROUX (hommes). — *Pharmacien en chef* : M. VALEUR. — A l'asile de Vaucluse est annexée une *colonie* pour les enfants arriérés et idiots. Elle contient actuellement 250 lits. M. le Dr BLIN est médecin chef de service de la colonie. — *Dentiste* de l'Asile et de la Colonie : M. MARTINIER, chirurgien-dentiste.

IV. — ASILE DE VILLEJUIF (Seine), 1.140 lits. — *Directeur* : M. MONTEIL. — *Médecins chefs de service* : M. le Dr Marcel BRIAND (division des femmes, 2e section) ; M. le Dr MARIE (division des hommes, 2e section); M. le Dr TOULOUSE (division des femmes, 1re section) M. le Dr PACTET (division des hommes, 1re section) ; M. le Dr COLIN, chargé de l'organisation d'un quartier d'aliénés

difficiles. *Pharmacien en chef* : M. Requier. — *Dentiste* : M. le Dr Capdepont.

V. — Asile de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise), affecté exclusivement aux malades femmes, 700 lits. — *Directeur* : M. Drgont. — *Médecins en chef* : M. le Dr Taguet (1re section). M. le Dr Boudrie (2e section). *Dentiste* : M. Hach.

VI. — Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher). — *Directeur-médecin* : M. le Dr Truelle. — *Médecins adjoints* : MM. les Drs Trenel et Ameline. — Colonie familiale d'Ainay-le-Chateau (Allier). — *Directeur-médecin* : M. le Dr Lwoff.

Chirurgiens des Asiles de la Seine : M. le Dr Pozzi, chirurgien consultant. — M. le Dr Picqué, chirurgien en chef. — M. le Dr Mauclaire, chirurgien-adjoint.

ÉTABLISSEMENTS NATIONAUX

Maison nationale de Charenton.

Médecins en chef : MM. les Drs Christian et Ritti. — *Médecin suppléant* : M. le Dr Antheaume. — *Chirurgien* : M. le Dr Damalix. — *Directeur* : M. Bonnier.

Les internes de cet établissement sont nommés par un concours spécial. (Voir les conditions, *Progrès médical*, Numéro 45, 1894). Le premier concours a eu lieu en 1886. Question écrite : *Nerf facial* (anat. et physiol. Epreuves orales : *Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde* ; *Diagnostic de la hernie inguinale.* — Le 2e concours a eu lieu en mars 1887 ; le troisième concours le 18 juin 1889. Trois candidats s'étaient fait inscrire ; deux seulement se sont présentés Question écrite : *Rétine* (anatomie et physiologie). Les autres questions restées dans l'urne étaient : *Nerf crural* ; *Dure-mère cranienne.* Question orale : *Symptômes de la fièvre typhoïde* ; *Fractures du péroné.* Les autres questions étaient : *Ulcère rond de l'estomac, Symptômes et diagnostic* ; *Pansement des plaies* ; *Symptômes de la pneumonie gauche aiguë* ; *Panaris.* — Le concours suivant a eu lieu le 22 avril 1890. Cinq candidats s'étaient fait inscrire et se sont présentés ; trois ont été déclarés admissibles. Question écrite : *Nerf cubital* (anatomie et physiologie) : Les autres questions restées dans l'urne étaient : *Dure-mère cranienne* ; *pneumogastrique.* Question orale : *Symptômes et diagnostic de la rougeole, cathétérisme œsophagien.* Les autres questions étaient : *Diagnostic de la pneumonie aiguë franche* ; *luxation du maxillaire inférieur* ; *étiologie de la fièvre typhoïde* ; *rétention d'urine.* — Un autre concours a eu lieu le 25 décembre 1891. Cinq candidats inscrits ; quatre ont subi les épreuves et ont été déclarés admissibles : le concours a été remarquablement brillant. Question écrite. *Bulbe rachidien* (anatomie et physiologie). Les questions restées dans l'urne étaient : *nerf spinal*, et *nerfs de la langue.* Question orale : *Pneumonie* ; *hernie étranglée* (signes et diagnostic). Les autres questions étaient : *Signes et diagnostic de la colique hépatique* ; *Fracture du col du fémur* ; *Insuffisance mitrale* ; *Entorse.* — Deux concours ont eu lieu en 1895 : l'un le 16 avril et l'autre le 26 juin. Au premier, deux candidats seulement s'étaient fait inscrire : un seul s'est présenté et a été déclaré admissible. Question écrite : *Nerf sciatique* (anatomie et physiologie). Les questions restées dans l'urne étaient : *Lobes frontaux et cordons postérieurs de la moelle.* Question orale : *Symptômes de l'hémorragie cérébrale* ; *Fracture des côtes.* (symptômes et diagnostic). Les autres questions étaient : *Etiologie et symptômes de la fièvre typhoïde* ; *Entorse tibio tarsienne* ; *Diagnostic différentiel de la pneumonie et de la pleurésie* ; *Rétention d'urine.* — Au concours du 26 juin, onze candidats s'étaient fait inscrire : neuf ont pris part à la première épreuve et sept à la seconde ; cinq ont été déclarés admissibles. Question écrite : *Cordons postérieurs de la moelle* (anatomie et physiologie). Les questions restées dans l'urne étaient : *Le ventricule* ; *nerf facial.* Question orale : *Coliques hépatiques* ; *Signes et diagnostic de l'étranglement herniaire.* Les autres questions étaient : *Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde, fractures du rocher* ; *Erysipèle de la face* ; *Rétrécissement de l'urèthre.* — Au concours qui a eu lieu le 22 mai 1898, neuf candidats s'étaient fait inscrire : cinq ont pris part à la première épreuve et quatre à la seconde ; quatre ont été déclarés admissibles. Question écrite : *Rétine* (anatomie et physiologie). Les questions restées dans l'urne étaient : *Nerf phrénique* : *cordons postérieurs de la moelle.* Question orale : *Diphtérie, diagnostic et traitement* ; *Luxations de l'épaule.* Les autres questions étaient : *Cirrhose du foie, fractures du péroné* ; *Goitre exophtalmique, hémorrhoïdes.* — Au concours qui a eu lieu le 28 novembre 1899, dix candidats s'étaient fait inscrire ; sept ont pris part à la première épreuve, ainsi qu'à la seconde ; tous les sept ont été déclarés admissibles. Question écrite : *Plexus lombaire.* Les questions restées dans l'urne étaient : *Lobe occipital* ; *nerf glossopharyngien.* Question orale : *Symptômes et diagnostic de la pneumonie* ; *hydrocèle vaginale.* Les autres questions étaient : *Etiologie et diagnostic de la fièvre typhoïde. Hématémèse et mal de Pott.* — Au concours qui eut lieu le 20 janvier 1903, neuf candidats s'étaient fait inscrire ; six ont pris part aux deux épreuves ; quatre ont été déclarés admissibles. Question écrite : *Des neurones. Anatomie et physiologie.* Les questions restées dans l'urne étaient : *Nerf maxillaire inférieur* : *lobe de l'insula.* Question orale : *Grande attaque d'épilepsie* ; *traitement des fractures de jambe.* Les autres questions étaient : *Delirium tremens* et *synovites du poignet* ; *Hématémèses cervicales* et *adénites.* Au concours du 3 mai 1904, six candidats s'étaient fait inscrire ; trois seulement se sont présentés ; deux ont été déclarés admissibles. Question écrite : *Nerf radial* ; *anatomie et physiologie.* Les questions restées dans l'urne étaient : *Sinus de la dure-mère* ; *cordons postérieurs de la moelle.* Question orale : *Urémie, symptômes et diagnostic* ; *cathétérisme de l'urètre* ; *indications et manuel opératoire.* Les autres questions étaient : *Coliques hépatiques* et *fracture de la clavicule* ; *pleurésie et hernie étranglée.* — On trouve, chez le concierge de la Faculté de Médecine et à la Maison nationale, des exemplaires de l'arrêté qui fixe les conditions d'admissibilité et le programme de ce concours.

Clinique nationale des Quinze-Vingts.

Entrée rue Moreau, n° 13, près la Bastille. Directeur : M. Vaughan. — Tous les jours, à midi et demi, consultations et opérations.

Conférences d'Ophthalmologie. — Les Médecins de la Clinique des Quinze-Vingts commenceront, le mardi 8 novembre 1904, des leçons cliniques et les continueront les mardi suivants.

La leçon sera faite alternativement par l'un des quatre médecins de la Clinique, dans l'ordre et aux heures ci-après : Dr Trousseau, 1 heure 1/4 ; Dr Chevallereau, 1 heure 1/2 ; Dr Valude, 2 heures ; Dr Kalt, 2 heures. — Consultations et opérations à 1 heure.

Institution nationale des Sourds-Muets.

Rue Saint-Jacques, n° 254. — *Directeur*, M. Collignon. — *Service de santé* : M. le Dr Charles Leroux, médecin ; M. le Dr Tscherning, médecin-oculiste ; M. le Dr Jarre, médecin-dentiste.

Clinique Otologique. — Une clinique otologique est annexée à l'Institution nationale des Sourds-Muets. — Chirurgien chef du service : M. le Dr Ménière. — Chirurgiens-adjoints : MM. les Drs Castex et Grossard. — Chef de clinique : M. R. Jouet. — Cette clinique a en moyenne 3.000 malades chaque année, et donne environ 15,000 consultations. Les consultations ont lieu les mardis, jeudis et samedis, le matin à 9 heures. — Des ateliers de typographie, de sculpture sur bois, de menuiserie, de cordonnerie, de tailleurs, fonctionnent dans l'établissement. L'horticulture est également enseignée.

Institution nationale des Jeunes Aveugles.

Boulevard des Invalides, 56. — *Directeur*, M. Robin. — *Médecin* : M. le Dr Claisse ; *Médecin-oculiste* : M. le Dr Landolt ; *Dentiste*, M. Hartwick. — L'enseignement pour les élèves comprend spécialement : la musique et les arts qui s'y rattachent et des ateliers de travaux manuels, tels que la fabrication du filet, le cannage et l'empaillage des sièges, le tour, etc.

Asiles de convalescence de Saint-Maurice, du Vésinet, Asile Vacassy.

A. des convalescents (ancien asile de Vincennes) (hommes (420 lits). — *Directeur* : M. le Dr Bourrillon. *Médecins* : MM. Bloch et Defau. 3 internes nommés au concours. Les candidats doivent avoir été externes des hôpitaux de Paris pendant une année au moins. Ils ne sont pas logés. Leur traitement est de 1.500 fr. la 1re année ; 1.600 fr. la 2e ; 1.700 fr. la 3e.

A. Vacassy (hommes) — A côté de l'asile des convalescents, se trouve l'Asile Vacassy, créé en exécution d'un décret du 30 juin 1876, et au moyen du legs universel fait par M. Vacassy, pour fonder « une maison de secours, aux victimes d'accidents *dans Paris*, soit par les voitures, incendies, soit aux ouvriers dans les travaux de construction des bâtiments, soit dans les fabriques ou enfin de quelque nature que ce soit. » Quatre dortoirs de 14 lits chacun sont organisés et occupés. — La direction et le service médical sont confiés au personnel de l'Asile des convalescents.

A. du Vésinet (femmes) — *Directeur* : M. Chabanel. — *Médecin résident* : M. Bellissent ; *Médecin adjoint* : M. Calbet (de Chatou). 400 lits. — Pas d'internes, en raison de la présence d'un médecin résident. Un quartier pour mères-nourrices. — Les deux asiles nationaux ont des maisons annexes à Paris en vue de faciliter la recherche du travail aux convalescents sortant de ces établissements.

POLICLINIQUE DE PARIS.

48, rue Monsieur-le-Prince.

La Policlinique de Paris a aujourd'hui quatorze années d'existence ; on y a donné plus de 200.000 consultations ; c'est dire les services qu'elle a rendus et qu'elle rend encore.

Elle ne possède que des services spécialisés, qui tous, sauf celui de gynécologie, sont ouverts aux étudiants, ils peuvent y puiser des documents intéressants pour leur thèse. On s'imagine les ressources que possède la Policlinique pour faire de l'enseignement pratique de la médecine. Cet enseignement comprendra cette année, comme l'an dernier, deux ordres d'exercices, les entretiens cliniques et les conférences.

Les entretiens cliniques, véritables leçons de choses, ont lieu au moment des consultations : les étudiants y sont exercés à l'examen et au traitement des malades. Un laboratoire permet les recherches chimiques et microscopiques.

Les conférences ont pour objet un sujet limité, traité en un certain nombre de séances. Voici du reste le programme pour le premier semestre de cette année 1904-1905 :

Médecine. — *Maladies du cœur et des reins*, Dr Kortz, mardi, jeudi, samedi, à 4 h. 1/2. — *Maladies du système nerveux* et *Maladies mentales et nerveuses*, Dr L. Legrain, vendredi, 4 h. du soir. — *Maladies des enfants*, Dr H. Gillet, lundi, mercredi vendredi, à 4 h. du soir. — *Maladies de la peau et syphilis*, Dr Butte, mardi, jeudi, samedi, à 6 h. *Electrothérapie et maladies nerveuses*, Dr Peyrou, mardi, jeudi et samedi, à 4 h. du soir.

Chirurgie. — *Chirurgie générale et voies urinaires*, Dr A. Braine, lundi, vendredi, 4 h. 1/2. — *Gynécologie, accouchements*, Dr A. Olivier, mardi, samedi, 3 h. — *Ophtalmologie*, Dr Wuillomenet, lundi, mercredi, vendredi, 3 h. ; Dr Tscherning, mardi, samedi, 11 h. du matin. — *Maladies de la bouche et des dents*, Dr Gourc jeudi à 10 heures — *Laryngologie, otologie, rhinologie*. Dr Courtade, lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures.

Dr Legrain. Des psychoses alcooliques. — Dr H. Gillet : Les grandes médications de l'enfance. — Dr Butte : La thérapeutique des affections cutanées parasitaires. — Dr Braine. Chirurgie du rein. — Dr Kortz : Les cardiopathies artérielles. — Dr Olivier : Les métrites — Dr Tscherning : Notions de physique ophtalmologique ; démonstration (au laboratoire de la Sorbonne). Cours expérimental d'optique physiologique. — Dr Wuillomenet : Maladies externes de l'œil ; exercices ophtalmoscopiques. — Dr Courtade : Maladies du larynx. — Dr Gourc : Dentisterie opératoire. — Dr Peyrou : L'électricité médicale. — Une affiche spéciale annoncera pour chaque cours la date d'ouverture précise.

HOPITAL INTERNATIONAL DE PARIS

180, rue de Vaugirard (XVe arrondissement).

30 lits.

Directeur : A. Debray.

Chirurgie générale et orthopédie. — M. le Dr Bilhaut, consultations les lundis, mercredis et vendredis à 4 heures. Opérations les mardis, jeudis et samedis à 8 h. 1/2. Application des appareils d'orthopédie les mardis, jeudis et samedis à 11 heures. — *Maladies de l'estomac, intestin, foie, chimisme gastrique* : M. le Dr P. Cornet, les mercredis, vendredis et dimanches à 9 heures. — *Maladies des voies respiratoires et du cœur* : M. le Dr F. Frébault, mardi, jeudi, samedi à 11 heures. — *Maladies du nez, de la gorge et des oreilles* : M. le Dr Lacaze, consultations lundi, mercredi, vendredi à 2 heures, dimanche matin à 9 heures. Opérations, jeudi à 9 heures. — *Radioscopie et radiographie* : M. le Dr N..., lundi, mercredi et vendredi à 5 heures. — *Maladies de la bouche et des dents* : M. le Dr E. Terrier, mardi et vendredi à 11 heures. — *Maladies de la peau et des voies urinaires*, mardi, jeudi, samedi à 10 heures. — *Service de massage* : M. Guillemare, lundi, mercredi et vendredi à 5 heures.

Le Numéro des Etudiants. — Malgré nos efforts pour arriver à faire ce numéro aussi exact que possible, nous ne nous faisons pas d'illusion sur les omissions et sur les erreurs involontaires que nous avons pu commettre. Aussi faisons-nous appel à l'indulgence de nos lecteurs d'une part, et d'autre part à leur obligeance, pour nous aider à combler les omissions, à réparer les erreurs.

POLYCLINIQUE H. DE ROTHSCHILD

199, rue Marcadet. — Paris (XVIIIe).

Cet établissement, fondé en 1896 par le Dr H. de Rothschild sur un terrain appartenant à l'hôpital de Rothschild, 82, rue de Picpus, a été transféré en 1902, 199, rue Marcadet. Il avait été créé dans le but d'organiser des consultations avec distributions gratuites de lait et de médicaments, pour les nourrissons et les enfants malades.

Les nouveaux bâtiments, construits sur les plans de M. Nénot, architecte de la Sorbonne, membre de l'Institut, couvrent une superficie de 1400 mètres carrés ; ils se composent d'un rez-de-chaussée et d'un premier étage. Au rez-de-chaussée : les bureaux de l'administration, la salle d'attente pour les malades, deux salles de consultations, la salle d'examen pour la laryngologie et l'ophtalmologie, la salle d'opérations, la salle de pansements, une salle de stérilisation (instruments et pansements chirurgicaux), une salle de consultations pour la chirurgie orthopédique, les laboratoires, une salle de conférences, avec appareils pour projections électriques, pouvant contenir 200 personnes, le cabinet du médecin en chef, celui de la directrice, la salle de garde des internes, le bureau du pharmacien en chef et la pharmacie,

Au premier étage : deux salles de malades de 12 lits chacune, deux autres salles de six lits chacune, les laboratoires de photographie et de radiographie, l'atelier de pose, le service d'isolement composé de 4 chambres, les appartements du personnel et enfin la bibliothèque qui contient déjà plus de 12.000 volumes concernant particulièrement la pathologie et l'hygiène infantiles.

Au sous-sol : l'amphithéâtre d'anatomie, les salles d'hydrothérapie, la buanderie, la cuisine.

L'éclairage est électrique ; le chauffage système Geneste et Herscher, à basse pression. Le téléphone relie tous les services intérieurs. Les salles d'opérations et de pansements ont été installées par les maisons Flicoteaux et Lequeux.

Cet établissement peut être considéré à l'heure présente non seulement comme un hôpital, mais encore comme un centre d'enseignement de la médecine infantile. Le médecin en chef, le Dr Henri de Rothschild, est secondé par le Dr Brunier, le Dr Bonnier pour les maladies de la gorge et des oreilles, le Dr Péchin, pour les maladies des yeux, le Dr L. Lévi pour les maladies nerveuses, le Dr Ducroquet pour la chirurgie orthopédique, le Dr Galippe, pour les dents, le Dr Roques pour les maladies infectieuses, le Dr Ehrhart pour la chirurgie, le Dr Hauser pour les maladies de peau. Les consultations ont lieu tous les matins de 9 heures à midi.

Les cours de bactériologie, d'hygiène et de pathologie infantiles commenceront dès les premiers jours de novembre. La bibliothèque sera publique pour tous les médecins et étudiants inscrits à la Faculté de Paris.

La Polyclinique Henri de Rothschild recevra à toute heure du jour et de la nuit les blessés de la voie publique qui y seront pansés ou hospitalisés jusqu'à ce qu'ils soient dirigés sur un autre établissement ou à leur domicile. Pour visiter, s'adresser à la direction.

ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE

Voies digestives. — Le Dr Paul Cornet reprendra, le lundi 21 novembre 1904, à 10 h. du matin, à son laboratoire, 180, rue de Vaugirard, ses leçons de *chimie biologique*, appliquée à la digestion (suc gastrique, urine, fèces, etc.) et à l'alimentation. Le cours a lieu 2 fois par semaine et dure 3 mois. On s'inscrit au laboratoire.

Maladies des yeux. — Clinique du Dr Ch. Abadie, 18. rue du Dragon. Jeudi : Leçon clinique et opérations, à 2 heures, par le Dr Ch. Abadie ; mardi et samedi : conférences d'Ophtalmologie, par le Dr Dupuy-Dutemps, chef de clinique.

Maladies des yeux. — Clinique de M. le Dr Galezowski, 41, rue Dauphiné. — Les cours auront lieu en novembre et mois suivants tous les lundis à 4 heures. — *Opérations*. Lundis, mercredis et vendredis. — Choix de verres et réfraction et examen ophtalmoscopique, mardi et samedi. — Conférences pratiques, par MM. les Drs Galezowski et A. Beauvois, à partir du mercredi 3 novembre les lundis, mercredis et vendredis de chaque semaine. Examen ophtalmoscopique et réfraction.

Ophtalmologie. — M. le Dr Landolt fera ses opérations et ses conférences cliniques le mercredi et le samedi, de midi 1/2 à 2 h. à sa clinique, 27, rue Saint-André-des-Arts.

Clinique des maladies des yeux. — Clinique du Dr Péchin, 5, place Jussieu. — Conférences. Présentation de malades. Exercices ophtalmoscopiques pour MM les Médecins et les Etudiants.

Maladies des yeux. — Clinique du docteur A. Dehenne, 24, rue Monsieur-le-Prince. Consultations publiques tous les jours de 1 h. 1/2 à 3 heures. Consultations payantes : à la Clinique, les lundis, mercredis et samedis. de 9 h. 1/2 à 11 heures.

Clinique du Docteur A. Terson, 52, rue Jacob, tous les jours à 1 h. 1/2. La clinique, fondée en 1898, est munie de tous les appareils nécessaires à l'examen des fonctions visuelles et au traitement médical et chirurgical des maladies des yeux. Les diverses échelles visuelles, les optomètres, kératoscopes, chromatoptométre de Chibret, ophtalmoscopes variés, œil artificiel pour les débutants, périmétre, etc., y sont annexés à la salle d'*examen* et à la *chambre noire*.

La *salle d'opérations* est pourvue des appareils destinés à la *stérilisation* par la chaleur séche et l'ébullition. Parmi les instruments de chirurgie, se trouvent les électro-aimants (en particulier le *grand* électro-aimant pour l'extraction des corps étrangers du corps vitré), les appareils pour la lumière électrique, l'éclairage par transparence, la cautérisation ignée, etc.

L'*enseignement* se divise en *deux* parties : conférence policlinique et opératoire, cours techniques.

Les cours *techniques* sont semblables à ceux que M. A. Terson a inaugurés en novembre 1892 à l'Hôtel-Dieu avec M. Rochon-Duvignaud, qu'il y a continués en séries bisannuelles (novembre-mai) pendant six années consécutives et auxquels ont assisté environ 300 élèves. Ces cours étaient particuliers et *payants* avec exercices pratiques par les éléves, sur les opérations de *chirurgie oculaire*, l'ophtalmoscopie et les autres parties de la technique ophtalmologique.

Le *mardi*, a lieu la *Policlinique*, avec consultation, traitement des malades et conférence sur les cas majeurs. Des planches murales, des préparations, une bibliothéque *iconographique* importante secondent la démonstration.

Ces divers cours sont annoncés à l'avance. L'enseignement porte sur le diagnostic, le traitement et la *technique* mais en insistant sur l'*étiologie* et la *pathogénie*, bases du traitement rationnel, en cherchant à profiter des découvertes récentes et en exécutant des recherches personnelles.

Maladies des yeux. — Clinique du Dr Duboys de Lavigerie, 76, rue St-Dominique. Leçons cliniques et théoriques tous les jours, à 2 h. sur les maladies des yeux et la chirurgie oculaire. — Ophtalmométrie. Réfraction et Ophtalmoscopie.

Maladies des yeux. — Le docteur A. Beauvois, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, ancien chef de Clinique du Dr Despagnet, chef de clinique adjoint du Prof. Galezowski. — Clinique à Levallois-Perret, 7, place du Marché, tous les jours (mercredis exceptés) de 9 heures à 11 heures ; cabinet, 15, avenue de l'Opéra ; 18, rue d'Orléans (Neuilly-sur-Seine), mardi, jeudi, samedi, de 4 à 6 h. et sur rendez-vous.

Maladies des yeux. — Clinique de M. le Dr Emile Berger, 3, rue Anatole-de-La-Forge. Conférences sur les rapports de l'ophtalmologie avec la pathologie générale, les lundi, mercredi et vendredi, de 9 à 10 heures du matin.

Maladies des yeux. — Dr Kopff, Clinique : 13, rue Saint-Guillaume, tous les jours, de 1 à 3 heures.

Maladies des yeux. — Dr Jocqs, 60, rue Saint-André-des Arts. Clinique et cours théorique les lundis, mercredis, vendredis, à 2 heures.

Clinique ophtalmologique. — MM. les Drs de Wecker et Masselon, 55, rue du Cherche-Midi. — Cours cliniques et opérations par le Dr de Wecker, les lundi et jeudi, de 4 à 5 h. 1/2.— Cours particuliers d'ophtalmoscopie, de réfraction et de chirurgie oculaire, par les Drs Masselon et Laignier, chefs de cliniques.

Maladies des yeux. — Drs Vignes et Blanchard, rue Dauphine, 18. Tous les jours, consultations gratuites de 1 h. à 3 h. (publiques pour les étudiants). — Conférences cliniques les mardi, jeudi, samedi. — Cours privé d'optique physiologique. (Conventions particulières.— S'adresser à la Clinique).

Maladies des yeux. — M. le Dr Lefèvre, boulevard St-Martin, 25. Les cours sont ouverts depuis le 15 octobre : mardi, jeudi, samedi de 2 à 4 h.

Préparation au quatrième examen de doctorat. Conférences pratiques libres de pharmacologie et de matière médicale. — *Etude du droguier* (3e année). — Conférences sur les applications à la thérapeutique, l'hygiène, la médecine légale, par le Dr Quidet, ex-moniteur des travaux pratiques de pharmacologie à la Faculté. Dans la conférence qui accompagne la présentation des principales substances médicamenteuses et des préparations officinales les plus fréquemment employées, les élèves trouvent briévement exposées : 1° les notions essentielles de pharmacologie (description, provenance, composition, richesse en principes actifs usages thérapeutiques, doses, modes d'emploi) ; 2° l'interprétation de l'action physiologique sur l'organisme sain ou malade ; 3° l'indication des circonstances intéressant l'hygiène journaliére ou professionnelle ; 4° les considérations médico-légales (symptomatologie des intoxications, lésions anatomiques, procédés de recherche). Les éléves sont individuellement exercés à reconnaître les produits et sont ensuite interrogés. Les conférences, au nombre de douze par série mensuelle, ont lieu les mardi, jeudi et samedi, de 1 h. à 3 h. à l'hôtel des Société savantes. Cet enseignement ne constitue pas seulement un mode de préparation sérieuse, méthodique et rationnelle au 4e examen de doctorat ; il vise davantage au-delà de l'examen et tend à former pour le praticien une part bien classée du bagage scientifique indispensable. Pour s'inscrire (droit 50 fr.), s'adresser à l'Hôtel des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente, où à M. le Dr Quidet, 54, rue Bonaparte (les lundi, mercredi, vendredi de 1 h. à 3 h.).

Enseignement de l'histologie. — M. Pettit, docteur ès-sciences, docteur en médecine, commencera, le 10 novembre 1903, un enseignement (gratuit) pratique d'histologie comparée. Les leçons et manipulations ont lieu les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à 2 heures. S'inscrire d'avance, l'aprés-midi, 55, rue de Buffon, auprés du Dr Pettit.

Cours pratique de Technique microscopique et de diagnostic, d'histologie normale et pathologique. — Le Dr Latteux, chef du Laboratoire de l'hôpital Broca, fait son cours tous les jours, excepté le samedi, de 4 h. à 6 heures, dans son Laboratoire, 5, rue du Pont-de-Lodi. Essentiellement pratique, il est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répétent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition.

Cours de Technique bactériologique. — Essentiellement pratique, comme le précédent, il a lieu, tous les jours, excepté le samedi, de 2 h. à 4 h. Etude des principaux microbes (tuberculose, choléra, fiévre typhoïde, pneumonie, etc.) Méthodes de coloration. Méthodes de stérilisation. Analyses de produits pathologiques. Inoculations, etc.

Dans ces deux cours, les élèves font une série de préparations qui servent de types et qui restent leur propriété, le cours terminé. De nouveaux cours commenceront le 14 novembre prochain. On s'inscrit chez le Dr Latteux, 5, rue du Pont-de Lodi, de 4 h. à 6 h.

Maladies des voies urinaires. — Clinique du Dr Desnos et du Dr Minet, 15, rue Malebranche. — Lundis, mercredis et vendredis, de 2 à 4 h., démonstrations cliniques et exercices pratiques.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr Lavaux. Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures, amphithéâtre Cruveilhier (Ecole pratique), à partir du samedi 5 décembre 1904.

Thérapeutique médico-chirurgicale des maladies génito-urinaires. — Le docteur A. Guépin, chef de service, commencera son cours, le 1er jeudi de novembre, à l'hôpital Péan et le continuera les mardis et jeudis à 9 h. 1/2 du matin ; le nombre des éléves est limité. — Se faire inscrire de suite à l'hôpital.

Conférences sur la radiothérapie. — Le Dr Leredde commencera le dimanche 30 octobre 1904, à 10 h. 1/2 du matin, dans le nouveau local de l'Etablissement Dermatologique de Paris, 31, rue La Boëtie, une série de conférences sur les applications de la radiothérapie, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

1re conférence. 30 octobre : Actions élémentaires de la radiothérapie, actions antiphlogistique, sclérogène, destructive, analgésique, action sur les phanéres et les glandes. — *2e conférence.* 6 novembre : Applications de la radiothérapie en général. — *3e conférence.* 13 novembre : La radiographie dans les dermatoses. — *4e conférence.* 20 novembre : La radiographie dans les dermatoses (*suite*). Traitement de l'épithélioma de la peau par la radiothérapie et les méthodes classiques.— *5e conférence.* 27 novembre : La radiothérapie dans les dermatoses (*fin*). Le traitement des lupus en 1904. Photothérapie et radiothérapie. — *6e conférence.* 4 décembre : La radiographie dans les affections viscérales. Cancer et radiothérapie. — *7e conférence.* 11 décembre : Questions techniques. — *8e conférence.* 18 décembre : Les progrés futurs de la radiothérapie.

Clinique Apostoli-Laquerrière, 15, rue Montmartre (ancienne clinique du Dr Apostoli, fondée en 1882). — Est ouverte aux médecins et étudiants les mardi, jeudi et samedi à partir de 3 heures, Une installation compléte, toujours tenue au courant des progrés les plus récents de l'instrumentation, permet aux éléves de s'initier aux applications des diverses modalités électriques, à la *gynécologie*, *aux maladies du système nerveux*, du *tube digestif*, de la *nutrition* ; à la pratique de la *radioscopie*, de la *radiographie* et de la *radiothérapie*, à *l'électro-diagnostic*, aux *traitements des accidents du travail*, etc. Chaque année de nombreux étudiants trouvent à la clinique le sujet de leur thése inaugurale.

Conférences.— Deux fois par an, MM. Laquerriére, directeur de la clinique, et Delherm, ancien interne des hôpitaux, font une série de 12 conférences pratiques d'électrothérapie (prix, 50 fr. — date

de chaque série annoncée par le Progrès médical) dont le programme est le suivant :

I et II. Electrophysique et appareils. — III. Electrophysiologie. — IV et V. Gynécologie. — VI et VII. Tube digestif. — VIII et IX. Maladies nerveuses. — X. Dermatoses. — XI. Maladies de la nutrition. — XII. — Applications chirurgicales. — Applications diverses (voies urinaires, affections articulaires etc., etc.)

Ils font en outre plusieurs fois dans l'année d'autres conférences permettant d'étudier plus particulièrement telle ou telle branche de l'électrothérapie et de la radiologie.

Maladies des oreilles, du nez et du larynx — Clinique de M. le Dr Baratoux, rue St-André-des-Arts, 33. Exercices pratiques par les élèves les mardis et samedis de 4 à 6 heures. Conférences sur le diagnostic et le traitement des maladies du larynx, du nez et les oreilles, le mardi à 5 heures à partir du 12 novembre.

Otologie. — M. le Dr Gellé père. — Le samedi, à 9 h., à la Salpêtrière, service de M. le Pr Raymond. Dr G. Gellé fils, assistant.

— M. le Dr G. Gellé fils. — Le samedi, à 10 heures, à la *Salpêtrière*, service de M. le Pr Raymond. — Les lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. 1/2, consultations d'*oto-rhinologie* à la *Clinique ophtalmologique* (Hôtel-Dieu), service de M. le professeur de Lapersonne.

Laryngologie. Otologie. — M. le Dr Madeuf, bi-licencié ès sciences, a créé, depuis 1890, une clinique exclusivement pour l'enseignement pratique. Les élèves font eux-mêmes les *opérations* et les pansements du nez, du larynx, de la gorge et des oreilles. 82, Bd Port-Royal. Avril et Mai. Lundi, vendredi, de 4 à 6 heures.

Cours pratiques de vacances organisés par l'*Association d'enseignement professionnel.* — Ces cours ont été fondés en 1902 par les docteurs Leredde et Marchais dans le but d'offrir aux praticiens un enseignement essentiellement pratique, aux époques de l'année où la clientèle leur laisse plus de liberté, au moment des vacances. Les cours ont lieu tous les ans aux vacances de Pâques et dans la dernière quinzaine de septembre.

L'enseignement se propose deux objets : l'étude des spécialités et la révision de la médecine générale.

Les cours de spécialités ne sont pas des cours de perfectionnement destinées à former des spécialistes. Ils visent à donner aux praticiens les notions nécessaires et suffisantes pour établir un diagnostic, poser une indication, faire les pansements, petites opérations et applications thérapeutiques de pratique journalière. Le temps, très mesuré, sera employé non à discuter sur des cas rares ou à montrer des opérations extraordinaires, mais à exercer individuellement chaque élève à l'examen des organes, aux diagnostics, manœuvres et pansements fréquents et au maniement des appareils.

La révision de la médecine générale se fait dans le même esprit. Pas de bibliographie, pas d'érudition ; le moins de théorie possible, pas de longue étude des cas intéressants par leur rareté : ce qui n'est pas d'un intérêt journalier est laissé de côté. Aussi souvent que le sujet le comporte, la démonstration pratique remplace le discours.

Liste des cours. 1) A l'hôtel des Sociétés Savantes, rue Serpente : Bactériologie, Dr Veillon ; Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique, Dr Leredde ; Massage, Dr Marchais ; Maladies des voies urinaires, Dr Nogués ; Electrothérapie, Dr Zimmern ; Accouchements, Dr Dubrisay ; Maladies nerveuses, Dr Sollier ; Thérapeutique génitale, Dr Landowski ; Hygiène et thér. infantiles, Dr Lesné. 2°). *Dans différents services* : Gynécologie, Dr Arrou ; Chirurgie pratique, Dr Souligoux ; Auscultation, Dr Caussade ; Mal. de l'estomac, Dr Soupault ; Oto-rhino laryngologie, Dr Laurens ; Ophtalmologie, Dr Morax. Les cours durent quinze jours. Le prix de chacun est de 20 fr. — S'adresser pour tous renseignements à M. le Dr Marchais, 3 rue Cambacérès, Paris, 8e arrondissement.

Institut des Bègues de Paris, avenue Victor-Hugo, 82, Téléph. 684-31. — Fondé en 1867, avec le concours du Ministre de l'Instruction publique, pour le traitement du bégaiement et de tous les troubles de la parole. Subventionné par le Ministre de l'Intérieur, la Ville de Paris et le Département de la Seine. — Dr Chervin, Directeur. Tous les jours, de 1 h. à 2 h. et autres heures sur rendez-vous.

Enseignement pratique de la chirurgie dentaire. — Le Dr Siffre, professeur à l'école dentaire, reprend son cours privé de chirurgie dentaire, réservé aux étudiants en médecine et aux docteurs désirant se spécialiser en art dentaire. Ce cours complet en 3 mois, comporte 3 parties : A. Travaux pratiques de dentisterie sur mannequin. B. Clinique, opérations sur malades. C. Travaux pratiques de prothèse et applications cliniques. L'enseignement étant individuel, le cours commence à la volonté de l'élève. — S'adresser au docteur Siffre, 97, boulevard Saint-Michel, Paris.

Stomatologie et chirurgie dentaire. — Clinique du Dr R. Nogué, 65, rue du Faubourg Saint-Antoine, ouverte tous les matins, de 8 à 11 heures. Technique opératoire. Anesthésie. Prothèse. Technique et pratique des aurifications. Enseignement réservé aux étudiants en médecine et docteurs.

Maladies nerveuses. — Hypnotisme. — M. le Dr Bérillon, médecin inspecteur des aliénés de la Seine, directeur de la *Revue de l'Hypnotisme*, commencera le jeudi 23 janvier, à 10 heures du matin, à l'Institut psycho-physiologique 49, rue Saint-André-des Arts, un cours libre sur les applications de *l'Hypnotisme au traitement des psychonévroses*. Il les continuera les jeudis suivants.

Ecole française d'Orthopédie et massage. — M. le Dr Archambaud a repris ses cours à l'Ecole française d'orthopédie et massage, le mercredi 2 novembre, à six heures du soir, et les continue les mercredi et vendredi de chaque semaine à la même heure. Se faire inscrire les lundi, mercredi et vendredi, de 4 h. à 6 heures, à l'Ecole, rue Cujas, 21. Les docteurs en médecine français sont admis gratuitement à ces cours ainsi qu'aux démonstrations pratiques qui ont lieu aux heures de consultation. Les étudiants en médecine ne payent que la moitié des frais d'inscription pour les cours.

Thérapeutique du mal de mer. — La ligue contre le mal de mer fera, à partir de février, en son *local spécial* de petites conférences sur les moyens de traitement contre le mal de mer. Ces conférences seront à l'usage des étudiants et des médecins qui se destinent à la navigation et des personnes qui souffrent du mal de mer. Les élèves apprendront la manière de se servir des appareils et des produits qui ont été envoyés de tous les points du monde à l'exposition de la Ligue. S'inscrire 82, Bd Port-Royal, Paris, Ve pour être prévenu directement. La ligue envoie franco son journal à qui en fait la demande.

La ligue a fait voter à l'unanimité le vœu suivant : Introduction de l'étude du mal de mer, au point de vue du *traitement pratique* dans les programmes des médecins sanitaires et de marine. L'étude du traitement du mal de mer ne saurait donc plus les trouver indifférents.

Clinique du Dr Gabriel Arthaud, 5, rue Mazarine. — Lundi, mercredi, vendredi, de 4 heures à 8 heures du soir. Dimanche, de 11 heures à 3 heures. — La clinique est consacrée à peu près exclusivement à l'étude de la *tuberculose*. Fondée en 1900, elle est ouverte depuis son début à tous les étudiants et à tous les docteurs en médecine. Le laboratoire annexé à la clinique est consacré à l'étude technique des procédés d'examen ou de traitement.

Infirmerie spéciale de Saint-Lazare.

Cours élémentaires de syphiligraphie, vénéréologie, gynécologie. — Professeurs : MM. Jullien, Verchère, Ozenne, Le Pileur et Wickham. 1er semestre, janvier, février ; 2e semestre, mai, juin. Ces cours auront lieu les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à 10 heures 1/2, à la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare, 107, faubourg Saint-Denis. Ils sont destinés aux docteurs en médecine et aux étudiants munis de 16 inscriptions. On peut se faire inscrire à la maison même, en se rendant aux cours. Des affiches annonceront le début des cours.

ECOLE DU VAL-DE-GRACE.

Ecole d'application du Service de santé militaire.

Année 1904-1905.

Directeur : M. le médecin inspecteur Delorme.

Sous-Directeur : M. le médecin principal Billet.

MÉDECINS AIDES-MAJORS ÉLÈVES ET MÉDECINS STAGIAIRES.

Cliniques.

Clinique médicale : MM. les Professeurs chefs des services médicaux. — *Clinique chirurgicale* : MM. les professeurs chefs des services chirurgicaux. — *Clinique spéciale* (*ophtalmologie, otologie, laryngologie*) : M. Chavasse, professeur. — *Clinique des maladies vénériennes et cutanées* : M. X..., professeur agrégé.

Cours.

Anatomie chirurgicale et Médecine opératoire : M. Mignon, professeur. — *Hygiène militaire* : M. Lemoine, professeur. — *Epidémiologie* : M. Vincent, professeur. — *Chirurgie spéciale, service de santé en campagne* : M. Chavasse, professeur. — *Médecine légale, législation, administration et service de santé militaires* : M. Antony, professeur. — *Chirurgie d'armée* : M. Nimier, professeur. — *Chimie appliquée aux expertises dans l'armée et toxicologie* : M. Georges, professeur.

Conférences et exercices pratiques.

Conférences d'hygiène, vaccination : M. Rouget, professeur agrégé. — *Conférences de blessures de guerre, exercices de diagnostic chirurgical, radiographie* : M. Jacob, professeur agrégé. — *Conférences d'épidémiologie* : M. Dopter, professeur agrégé. — *Travaux anatomiques, exercices de médecine opératoire* : M. Bonnet, professeur agrégé. — *Exercices d'ophtalmoscopie, bandages et appareils, manœuvres d'ambulance* : M. Toubert, prof. agrégé. — *Conférences de législation et administration militaires, de médecine légale et autopsies, exercices de diagnostic médical* : M. Bernard, professeur agrégé. — *Anatomie pathologique et bactériologie* : MM. Vincent, professeur, et Dopter, professeur agrégé. — *Manipulations chimiques* : M. Gaillard, professeur agrégé.

Pharmaciens stagiaires. — **Cours et conférences.**

Chimie appliquée aux expertises dans l'armée et toxicologie : M. Georges, professeur. — *Pharmacie militaire et comptabilité* M. Gaillard, professeur agrégé. — *Hygiène* : M. Lemoine, professeur. — *Médecine légale, législation, administration et service de santé militaires* : M. Antony, professeur. — *Analyses chimiques et matière médicale* : M. Gaillard, professeur agrégé. — *Bactériologie* : M. Dopter, professeur agrégé. — *Exercices et travaux pratiques* : MM. Georges, professeur et Gaillard, professeur agrégé.

Ecole pratique des Hautes Etudes.

(Nouvelle Sorbonne.)

Psychologie physiologique. — M. Jules Soury, directeur d'études et professeur, traitera, à partir du 7 novembre, *de la formation de l'intelligence dans la série des êtres vivants*, les lundis, à 4 h. 3/4 ; il exposera tous les vendredis, à la même heure, *la structure et les fonctions du système nerveux central*.

Laboratoire de Psychologie expérimentale. — Asile de Villejuif (tramway du Châtelet), annexé au service de M. Toulouse, directeur. Chef des travaux : M. N. Vaschide. Préparateur : M. H. Piéron. Les élèves sont exercés, sous la direction de M. Vaschide et d'autres spécialistes, à l'examen des malades et aux diverses manipulations de la psychologie expérimentale. Des conférences, dont le programme sera ultérieurement publié, seront faites par le directeur, M. Toulouse, et ses collaborateurs. On est prié de se faire inscrire au préalable pour prendre part aux travaux pratiques, qui sont gratuits.

COLLÈGE DE FRANCE

Cours d'anatomie générale. — M. Ranvier, professeur ; M. Suchard, suppléant, étudiera le système lymphatique : les mercredis et vendredis, à 5 heures (salle n° 2).

Laboratoire d'Histologie (dépendant de l'Ecole pratique des hautes études). — M. Ranvier directeur ; M. Malassez, directeur adjoint ; M. Jolly, maître de conférences, MM. Nageotte et Zachariadès, répétiteurs. Ce laboratoire est surtout destiné aux personnes qui veulent faire des recherches originales, soit en histologie normale, poit en histologie pathologique. Il est fait, de plus, deux cours sarticuliers par M. Jolly :

1° Sur la technique histologique, et l'histologie en avril, mai et juin :

2° Sur l'histologie normale et pathologique du sang. Ce dernier à commencé le 11 octobre, et a lieu les mardis, jeudis et samedis ; il durera un mois. On s'inscrit au laboratoire chaque jour de la semaine, de 2 heures à 4 heures.

Cours de Médecine. — Professeur : Dr d'Arsonval.

Laboratoire de physique biologique : Directeur. — M. d'Arsonval ; chef des travaux, Dr Roussy ; préparateur, Dr F. Guyon.

Cours de pathologie générale et comparée. — M. Charrin, professeur, traitera de la genèse des poisons dérivés de la vie des cellules de l'organisme ; les mardis et jeudis à 5 h.

Cours d'Histoire naturelle des corps organisés. — M. X....., professeur.

Laboratoire de Physiologie pathologique (Ecole pratique des hautes études). — M. François Franck, directeur ; M. Hallion, chef des travaux ; M. Lamy, préparateur. Ce laboratoire, ouvert les lundis, mardis et samedis, est un laboratoire de recherches.

Cours d'Embryogénie comparée. — M. Henneguy, professeur, traitera de l'embryogénie des allantoïdiens, les mardis de 5 à 6 h. et du développement et fonctionnement des organes excréteurs et sécréteurs les samedis de 3 à 4 heures.

Laboratoire d'Embryogénie. — M. Henneguy, directeur. Ce laboratoire n'est pas public.

Cours de Chimie organique. — M. Berthelot, professeur.

Cours de Chimie minérale. — M. Le Chatelier, professeur.

Les laboratoires de MM. Berthelot et Le Chatelier sont uniquement des laboratoires de recherches.

Les cours du Collège de France ne commencent que dans les premiers jours de décembre ; nous compléterons, en temps voulu, s'il y a lieu, les indications sus-énoncées.

Le laboratoire maritime de Concarneau est annexé au Collège de France. MM. D'Arsonval, Ranvier, directeurs, M. Fabre-Domergue, directeur-adjoint ; M. Biétrix, préparateur. Ce laboratoire est ouvert de juin à fin septembre ; s'adresser à l'un des directeurs ou au directeur-adjoint.

Archives d'anatomie microscopique publiées par MM. Ranvier et Henneguy.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS

Année scolaire 1904-1905.

Cours du premier Semestre.

Les cours s'ouvriront à la Sorbonne, le lundi 7 novembre 1904.

Géométrie supérieure : Les mercredis et vendredis, à 8 h. 1/2. M. G. Darboux, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 9 novembre. Il traitera des principes généraux de la géométrie infinitésimale. — *Calcul différentiel et calcul intégral* : Les lundis et jeudis, à 8 h. 1/2. M. Goursat, professeur, ouvrira la première partie de ce cours le lundi 7 novembre. Il traitera des opérations du calcul différentiel et du calcul intégral. — Applications géométriques. (Voir aux conférences). — *Mécanique rationnelle* : Les mercredis et vendredis, à 10 h. 3/4. M. Paul Painlevé, professeur de mathématiques générales, ouvrira la première partie de ce cours le mercredi 9 novembre. Il traitera des lois générales de l'équilibre et du mouvement. — *Mathématiques générales* : Les lundis et jeudis, à cinq heures et demie, M. Paul Appell, professeur de mécanique rationnelle, ouvrira la première partie de ce cours le mardi 8 novembre. Il développera les éléments de mathématiques préparatoires à l'étude de la mécanique et des sciences physiques. (Voir aux conférences). M. Raffy, professeur, traitera les mercredis, à 5 heures 1/2, des applications géométriques de l'analyse en vue du certificat de mathématiques préparatoires à l'étude des sciences physiques. — *Astronomie mathématique et mécanique céleste* : Les lundis et jeudis, à 10 h. 1/2. M. H. Poincaré, professeur, ouvrira ce cours le lundi 7 novembre. Il traitera de la détermination des orbites. — *Calcul des probabilités et physique mathématique* : Les mardis et samedis, à 10 h. 1/4. M. Boussinesq, professeur, ouvrira ce cours le mardi 8 novembre. Il exposera la théorie de l'élasticité. — *Mécanique physique et expérimentale* : Les mardis à 8 h. 1/2 et les jeudis à 10 h. 1/4. M. G. Kœnigs, professeur, ouvrira la première partie de ce cours le mardi 8 novembre. Il traitera de la cinématique générale. — Application aux machines. — Les travaux pratiques auront lieu sous la direction de M. le professeur Kœnigs, le mardi, à quatre heures. — *Physique* : Les mardis et samedis, à 1 h. 1/2. M. Bouty, professeur, ouvrira ce cours le mardi 8 novembre. Il traitera de la thermodynamique et de l'électrolyse. Des manipulations et des conférences, qui seront dirigées pendant toute l'année par le professeur, commenceront dans la seconde quinzaine de novembre. — *Physique* (Fondation de l'Université de Paris) : Les jeudis, à 4 h. M. Pellat, professeur, ouvrira ce cours le jeudi 10 novembre. Il traitera de l'électrostatique. — Lois d'Ohm, loi de Joule. — Thermoélectricité. — *Physique* : Les lundis, à 1 h. 1/2. M. P. Curie, professeur, ouvrira ce cours le lundi 7 novembre. Il traitera la radioactivité, puis des courants alternatifs. — *Chimie* : Les mardis et samedis à 10 h. 1/2. M. H. Moissan, professeur, ouvrira ce cours le mardi 8 novembre. Il fera l'histoire des métalloïdes et de leurs principales combinaisons ; il traitera de la classification des corps simples, puis il exposera les lois générales de la chimie et les principes de la thermochimie. — *Chimie* : Les mercredis et vendred. à 2 h. M. Ditte, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 9 novembre. Il traitera des métaux et de leurs combinaisons principales. Des manipulations, qui seront dirigées pendant toute l'année par le professeur, commenceront dans la seconde quinzaine de novembre. — *Zoologie, anatomie et physiologie comparées* : Les jeudis à 10 h., et les vendredis, à 2 h. 1/2. M. Y. Delage, professeur, ouvrira ce cours le jeudi 10 novembre. Il traitera des articulés et des vertébrés. — *Evolution des êtres organisés* (Fondation de la Ville de Paris) : Les mercredis, à 2 heures et les samedis, à 11 heures. M. Alfred Giard, professeur, ouvrira ce cours, le mercredi 9 novembre. Il exposera, le mercredi, les principes de la tectologie de l'embryon chez les métazoaires. Il traitera, le samedi, de l'emploi raisonné des données embryogéniques pour la systématique des animaux. Le professeur dirigera, les lundis, à deux heures, rue d'Ulm, n° 3, les travaux pratiques d'embryologie générale. — *Histologie* (Fondation de l'U-

niversité de Paris) : Les mercredis, à 10 heures, et les samedis à 4 heures. M. J. CHATIN, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 9 novembre. Il traitera des tissus au point de vue de l'histologie comparée, puis il étudiera la structure des organes de la nutrition dans les principaux groupes zoologiques. Les travaux pratiques auront lieu le jeudi, à une heure, sur des sujets relatifs au cours et aux examens du certificat d'études supérieures d'histologie. — *Zoologie* (Introduction générale à l'étude des sciences naturelles) : Les mercredis à 4 heures, M. HOUSSAY, ouvrira ce cours le mercredi 9 novembre Il développera les méthodes et les conclusions communes à toutes les sciences de la nature et s'efforcera d'initier, par des exemples significatifs, à la diversité des techniques. — *Botanique* : Les mardis et vendredis, à 4 h. M. G. BONNIER, professeur, ouvrira ce cours le mardi 8 novembre. Il traitera des principaux groupes et de la distribution géographique des plantes vasculaires. Les travaux pratiques auront lieu, sous la direction du professeur, les mardis (botanique), et les mercredis (physiologie végétale), à huit heures et demie. — *Géographie physique* : Les mardis, à 2 h., et les samedis à 10 h. 1/4. M. Ch. VÉLAIN, professeur ouvrira ce cours le mardi 8 novembre. Il exposera, les samedis, les caractères généraux de l'Asie et de ses annexes (Arabie, Hindoustan). — Développement des questions relatives à la géomorphogénie, les mardis. Les conférences et les travaux pratiques de géographie physique auront lieu les mercredis, à 1 h. 1/2, et les vendredis, à 9 h., sous la direction du professeur. — Les conférences du samedi seront consacrées à la physique terrestre et à la météorologie.

Cours Annexes.

Physique céleste (Fondation de l'Association Française pour l'avancement des sciences) : les lundis à 1 h. 1/2 et les vendredis, à 10 h. 1/2. M. Pierre PUISEUX, professeur adjoint, chargé de cours, ouvrira ce cours le lundi 7 novembre, il traitera du Soleil, du Spectre solaire, des Eclipses. — *Chimie physique* : les mercredis et vendredis, 5 h. 1/4. M. Jean PERRIN, chargé du cours, ouvrira ce cours le mercredi 9 novembre. Le mercredi, il traitera de la matière diluée, gazeuse ou dissoute, des Electrolytes et de la Théorie des ions, et, le vendredi, il traitera de la Thermodynamique appliquée à la chimie, de la Règle des phases et de ses applications. — *Chimie analytique* : les lundis, à 3 h. M. RIBAN, professeur adjoint, chargé du cours, ouvrira ce cours le lundi 7 novembre. Il terminera l'étude du dosage et de la séparation des métaux et traitera des applications de l'électrolyse à l'analyse chimique. — *Chimie appliquée* (Fondation de l'Université de Paris) : les mardis, à 9 h. et les jeudis, à 11 h. M. C. CHABRIÉ, chargé du cours, ouvrira ce cours le mardi 8 novembre, il traitera de la Métallurgie des métaux usuels. Les travaux pratiques en vue du Certificat de Chimie appliquée auront lieu les mardis et vendredis de 2 h. à 5 h. 1/2, sous la direction de M. le Professeur MOISSAN. — *Embryologie générale* : les lundis et jeudis à 10 h. 1/2. M. LE DANTEC, chargé du cours, ouvrira ce cours le lundi 7 novembre. Il traitera de la différenciation cellulaire et de l'évolution individuelle dans la série animale.

Conférences et travaux pratiques.

Les conférences et travaux pratiques commenceront le lundi 14 novembre. Les étudiants n'y sont admis qu'après s'être fait immatriculer et sur la présentation de leur carte.

Sciences mathématiques. — M. GOURSAT, professeur, fera une conférences sur les matières de son cours les vendredis à 3 h. — M. HADAMARD, professeur adjoint, fera des conférences sur le calcul différentiel et le calcul intégral le mercredi à 5 h. 1/2. — M. RAFFY, professeur, fera des conférences sur la géométrie supérieures, en vue du certificat correspondant, les lundis à 2 h. 3/4. — M. HADAMARD, professeur adjoint, fera des conférences sur l'Analyse supérieure, en vue du certificat correspondant les samedis, à 5 h. 1/4. — M. HADAMARD, professeur adjoint, et M. BOREL, chargé de cours, feront des conférences sur la mécanique les mercredis à 4 h., et les samedis, à 3 h. 1/2. — M. BLUTEL, chargé de conférences, fera une conférence de Mathématiques préparatoires à l'étude des sciences physiques les samedis, à 5 h. 1/2. — M. SERVANT, chef des travaux pratiques de Mécanique physique, fera les mardis, à 4 h., des conférences sur les questions indiquées par le Professeur et surveillera l'exécution des travaux pratiques.

Scicnees physiques. — M. PELLAT, professeur, fera une conférence de physique, les lundis, à 4 h. 1/4. — M. LEDUC, professeur adjoint, fera, les mercredis, à 4 h., des interrogations aux candidats au certificat de physique générale, sur les matières du cours de physique. Il traitera, en outre, les vendredis, à 4 h. les questions indiquées par le professeur. — Les manipulations de physique auront lieu au Laboratoire d'Enseignement (Directeur : M. le professeur BOUTY ; sous-directeur : M. DONGIER) les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, de 9 h. à 11 h. 1/2. — M. MATIGNON, maître de conférences, étudiera les métalloïdes et les métaux qui ne seront pas traités dans le cours des professeurs, les lundis, à 1 h. 3/4, et les jeudis, à 1 h. 1/4. — M. BOUVEAULT, maître de conférences, fera, les mardis et les samedis, à 4 h. 1/4, des conférences de chimie organique. Il en exposera les généralités et fera l'étude des fonctions de la série aromatique. — M. RIBAN, professeur adjoint, fera une conférence d'analyse quantitative, les vendredis, à 11 h. Le laboratoire d'enseignement pratique de chimie générale (Directeur : M. le professeur A DITTE ; directeur adjoint : M. RIBAN ; sous-directeur : M. OUVRARD) est ouvert tous les jours de 9 h. à midi, et de 1 h. à 5 h., pour les élèves qui désirent se livrer à des travaux de chimie générale ou de chimie analytique. Des manipulations pour les candidats au certificat de chimie générale ont lieu les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à 8 h. 1/2. — M. MICHEL, maître de conférences, fera, les mercredis et samedis, à 8 h. 1/2, des conférences sur la minéralogie, suivies de travaux pratiques.

Sciences naturelles. — M. HAUG, professeur, fera le samedi, à 1 heure trois quarts, une conférence sur différentes questions relatives à la Géologie stratigraphique. — M. HÉROUARD, maître de conférences, fera, les lundis et les mercredis, à 2 h. 1/2, des conférences de zoologie sur les Echinodermes et les Vermidiens. — M. LABBÉ, chef des travaux pratiques de zoologie, fera, dans le laboratoire, le jeudi, à 9 heures, des conférences sur des sujets relatifs aux examens du certificat d'études supérieures de zoologie, suivies, de 9 heures et demie à midi, de manipulations sur les mêmes sujets. — M. LAPICQUE, maître de conférences, fera les lundis, à 4 h. et les samedis, à 2 h. 3/4, des conférences de physiologie expérimentale sur les fonctions de nutrition. — M. MOLLIARD, maître de conférences, fera les vendredis et les samedis, à 8 h. 1/2, des conférences de botanique sur la morphologie et la classification des cryptogames. — M. DUBARD, maître de conférences fera les lundis et jeudis à 5 h. 1/4, des conférences de botanique coloniale (fondation du Ministère des colonies). — M. N... fera le lundi à 2 h. 1/2, une conférence de paléontologie. — Les travaux pratiques auront lieu les lundis de 9 heures à 11 heures 1/2, les mercredis de 9 heures à 11 heures, et les jeudis de 3 à 5 heures. — M. L. GENTIL, chargé de conférences, fera des conférences de pétrographie, le mercredi à 11 heures, et le jeudi, à 2 heures. — M. CAULLERY, maître de conférences de zoologie (« évolution des êtres organisés »), fera des conférences sur l'embryogénie des Tuniciers et des Vertébrés, les mardis, à 5 h. 1/2, et les vendredis à 5 heures 3/4.

Enseignements et exercices pratiques réservés.

ÉCOLE NORMALE SUPÉRIEURE

M. J. TANNERY, professeur : Calcul différentiel et calcul intégral. — M. L. RAFFY, professeur : Application de l'analyse à la géométrie. — M. BOREL, chargé de cours : Mécanique. — M. HADAMARD, chargé de cours : Mathématiques. — M. ABRAHAM, chargé de cours : Physique. — M. COTTON, chargé de cours : Physique. — M. DUFET. chargé de cours : Minéralogie. — M. BERTRAND, chargé de cours : Géologie. — M. MATRUCHOT, chargé de cours : Botanique. — M. HOUSSAY, professeur : Zoologie.

Enseignement préparatoire au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Physique : 1re *section* : M. Paul JANET, professeur, traitera les lundis, mercredis et vendredis, à 9 heures : Principes de mécanique, chaleur, électricité, magnétique, électro-magnétisme. 2e *section* : M. SAGNAC, chargé du cours, traitera, les mardis, jeudis, samedis, à 9 h.: Principes de mécanique, chaleur, électricité, magnétisme, électro-magnétisme. M. KROUCHKOLL, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de physique, les mardis, jeudis, vendredis et samedis, de 1 heure 1/2 à 4 heures 1/2. — *Chimie* : 1re *section* : M. JOANNIS, professeur, traitera, les mardis, jeudis et samedis, à 9 heures : métalloïdes, métaux, chimie analytique. 2e *section* : M. PÉCHARD, chargé du cours, traitera, les lundis, mercredis et vendredis, à 9 heures : métalloïdes, métaux, chimie analytique. M. ETAIX, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de chimie les mardis, mercredis vendredis et samedis, de 1 heure 1/2 à 4 heures 1/2. — *Zoologie*, M. Rémy PERRIER, chargé du cours, étudiera les points principaux de la zoologie générale et commencera l'histoire des groupes zoologiques. 1re *section* : Les lundis et vendredis, à 10 heures 1/2 ; 2e *section* : Les mardis et samedis, à 10 heures 1/2. M. FISCHER, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de zoologie, les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de 1 heure 1/2 à 4 heures 1/2. — *Botanique* : M. DAGUILLON, chargé du cours, traitera des plantes cryptogames. 1re *section* : Les mercredis, à 10 heures 1/2. 2e *section* : Les jeudis à 10 heures 1/2. M. CHAUVEAUD, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de Botanique les mercredis, jeudis, vendredis et samedis, de 1 heure 1/2 à 4 heures 1/2.

Enseignement pratique de chimie appliquée.

Directeur : M. H. Moissan. — Sous-Directeur : M. C. Chabrié.

L'enseignement pratique est coordonné aux cours et conférences de chimie de la Faculté et comprend : en 1re année, les préparations de la chimie minérale, les analyses minérales qualitatives et les analyses minérales quantitatives élémentaires ; en 2e année, les analyses quantitatives et les préparations de la chimie organique ; en 3e année, les analyses et les préparations des produits industriels. Les exercices de laboratoire ont lieu de 9 heures à 5 heures. M. C. Chabrié, sous-directeur, interroge les vendredis, de 10 heures à midi, les élèves des laboratoires de chimie appliquée. M. Guichard, chef des travaux de 1re année, réunit les élèves les mercredis et vendredis, le matin à 9 heures, et leur donne les indications nécessaires pour l'exécution de leur travail. M. Freundler, chef des travaux pratiques de 2e année, réunit les élèves de 2e année les mercredis et vendredis, à 11 heures. M. Auger, chef des travaux pratiques de 3e année, réunit les élèves de 3e année les mercredis et vendredis, à 1 heure et 1/2.

Doyen honoraire : M. Gaston Darboux. — Professeurs honoraires : M. Louis Troost. Ch. Wolff.

Tableau des jours et heures des cours, conférences et travaux pratiques.

Lundi : MM. Goursat, Amphithéâtre Cauchy, 8 h. 1/2 ; Ouvrard, Labor. d'Ens. de Chimie générale, 8 h. 1/2 ; Leduc, Laboratoire de Physique, 9 h. ; Pechard, Rue Cuvier, nº 12, 9 h. ; P. Janet, Rue Cuvier, nº 12, 9 h. ; Haug, Laboratoire de Géologie, 9 h. ; Le Dantec, Rue de l'Estrapade, nº 18, 10 h. 1/2 ; H. Poincaré, Amphithéâtre Chasles, 10 h. 1/2 ; Perrier, Rue Cuvier, nº 12, 10 h. 1/2 ; P. Curie, Amphithéâtre de physique, 1 h. 1/2 ; Puiseux, Amphithéâtre Le Verrier, 1 h. 1/2 ; Fischer, Rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 ; Matignon, Amphithéâtre de Chimie, 1 h. 3/4 ; Giard, Laboratoire, 2 h. ; Hérouard, Amphithéâtre Milne-Edwards, 2 h. 1/2 ; N..., Amphithéâtre de Géologie, 2 h. 1/2 ; Raffy, Amphithéâtre Le Verrier, 2 h. 3/4 ; Riban, Salle des Conférences du Laboratoire, 3 h. ; Lapicque, Amphithéâtre de Physiologie, 4 h. ; Pellat, Salle des Conférences de Physique, 4 h. 1/4 ; Appel, Amphithéâtre de Physique, 5 h. 1/2.

Mardi : MM. Kœnigs, Amphithéâtre Cauchy, 8 h. 1/2 ; G. Bonnier, Laboratoire de Botanique, 8 h. 1/2 ; Wallerant, Laboratoire de Minéralogie, 8 h. 1/2 ; C. Chabrié, rue Michelet, nº 3, 9 h. ; Joannis, rue Cuvier, nº 12, 9 h. ; Sagnac, rue Cuvier, nº 12, 9 h. ; Boussinesq, Amphithéâtre Chasles, 10 h. 1/4 ; Moissan, Amphithéâtre de Chimie, 10 h. 1/2 ; Perrier, rue Cuvier, nº 12, 10 h. 1/2 ; ; Bouty, Amphithéâtre de Physique, 1 h. 1/2 ; Krouchkoll, rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 ; Etaix, rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 ; Fischer, rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 ; Vélain, Amphithéâtre de Géologie, 2 h. ; Moissan, rue Michelet, nº 3, 2 h. ; G. Bonnier, Amphithéâtre Cauchy, 4 h. ; Servant, Laboratoire, 4 h. ; Bouveault, Amphithéâtre de Physiologie, 4 h. 1/4 ; Dubard, Laboratoire de botanique, 5 h. 1/4 ; Caullery, rue de l'Estrapade, nº 3, 5 h. 1/2.

Mercredi : MM. Darboux, Amphithéâtre Le Verrier, 8 h. 1/2 ; G. Bonnier, Labor. de Botanique, 8 h. 1/2 ; Michel, Amphith. de minéralogie, 8 h. 1/2 ; Ouvrard, Labor. d'Ens. de Chimie générale, 8 h. 1/2 ; Haug, Labor. de géologie, 9 h. ; P. Janet, Rue Cuvier, nº 12, 9 h. ; Leduc, Labor. de Physique, 9 h. ; Péchard, Rue Cuvier, nº 12, 9 h. ; Guichard, Rue Michelet, nº 3, 9 h. ; J. Chatin, Amphith. Milne-Edwards, 10 h. ; Daguillon, Rue Cuvier, nº 12, 10 h. 1/2 ; P. Painlevé, Amphithéâtre Cauchy, 10 h. 3/4 ; L. Gentil, Amphithéâtre de Géologie, 11 h. ; Freundler, Rue Michelet, nº 3, 11 h. ; Vélain, Laboratoire de Géographie physique, 1 h. 1/2 ; Auger, rue Michelet, nº 3, 1 h. 1/2 ; Etaix, Rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 ; Fischer, Rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 ; Chauveaud, Rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 ; Ditte, Amphithéâtre de Chimie, 2 h. ; Giard, Rue de l'Estrapade, nº 18, 2 h. ; Hérouard, Amphithéâtre Milne-Edwards, 2 h. 1/2 ; Borel, Amphithéâtre Le Verrier, 4 h. ; Houssay, Amphithéâtre Cauchy, 4 h. ; Leduc, Salle des Conf. de Physique, 4 h. ; J. Perrin, Amphithéâtre de Chimie physique, 5 h. 1/4 ; Raffy, Amphithéâtre de Physique, 5 h. 1/2.

Jeudi : MM. Goursat, Amphithéâtre Cauchy, 8 h. 1/2 ; Ouvrard, Labor. d'Ens. de Chimie générale, 8 h. 1/2 ; Leduc, Laboratoire de Physique, 9 h. ; Labbé, Laboratoire de Zoologie, 9 h. ; Sagnac, rue Cuvier, nº 12, 9 h. ; Joannis, rue Cuvier, nº 12, 9 h. ; Kœnigs, Amphithéâtre Cauchy, 10 h. 1/4 ; H. Poincaré, Amphithéâtre Chasles, 10 h. 1/2 ; Le Dantec, Rue de l'Estrapade, nº 18, 10 h. 1/2 ; Daguillon, Rue Cuvier, nº 12, 10 h. 1/2 ; C. Chabrié, Rue Michelet, nº 3, 11 h. ; J. Chatin, Laboratoire, 1 h. ; Matignon, Amphithéâtre de Chimie, 1 h. 1/4 ; Krouchkoll, rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 ; Fischer, Rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 ; Chauveaud, Rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 ; L. Gentil, Amphithéâtre de Géologie, 2 h. ; Pellat, Amphithéâtre de Physique, 4 h. ; Y. Delage, Amphithéâtre Milne-Edwards, 4 h. ; Appel, Amphithéâtre de Physique, 5 h. 1/2.

Vendredi : MM. Darboux, Amphithéâtre Le Verrier, 8 h. 1/2 ; Molliard, Amphithéâtre Cauchy, 8 h. 1/2 ; Ouvrard, Labor. d'enseign. de chimie générale, 8 h. 1/2 ; Leduc, Laboratoire de physique, 9 h. ; P. Janet, rue Cuvier, nº 12, 9 h. ; Péchard, rue Cuvier, nº 12, 9 h. ; Guichard, rue Michelet, nº 3, 9 h. ; Velain, Laboratoire de géographie physique, 9 h. ; Chabrié, rue Michelet, nº 3, 10 h. ; Perrier, rue Cuvier, nº 12, 10 h. 1/2 ; Painlevé, Amphithéâtre Cauchy, 10 h. 3/4 ; Riban, Salle des conférences du laboratoire, 11 h. ; Freundler, rue Michelet, nº 3, 11 h. ; Krouchkoll, rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 ; Etaix, rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 ; Chauveaud, rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 ; Auger, rue Michelet, nº 3, 1 h. 1/2 ; Ditte, Amphithéâtre de Chimie, 2 h. ; Moissan, rue Michelet, nº 3, 2 h. ; Y. Delage, Amphithéâtre Milne-Edwards, 2 h. 1/2 ; Goursat, Amphithéâtre de Physique, 3 h. ; G. Bonnier, Amphithéâtre Cauchy, 4 h. ; Leduc, Salle des conférences de Physique, 4 h. ; J. Perrin, Amphithéâtre de Chimie physique, 5 h. 1/4 ; Dubard, Laboratoire de botanique, 5 h. 1/4 ; Caullery, rue de l'Estrapade, nº 3, 5 h. 3/4.

Samedi : MM. Michel, Amphithéâtre de minéralogie, 8 h. 1/2 ; Molliard, Amphithéâtre Cauchy, 8 h. 1/2 ; Joannis, rue Cuvier, nº 12, 9 h. ; Sagnac, rue Cuvier, nº 12, 9 h. ; Vélain, Laboratoire de géographie physique, 10 h. ; Boussinesq, Amphithéâtre Chasles, 10 h. 1/4 ; Moissan, Amphithéâtre de chimie, 10 h. 1/2 ; R. Perrier, rue Cuvier, nº 12, 10 h. 1/2 ; Giard, rue de l'Estrapade, nº 18, 11 h. ; Bouty, Amphithéâtre de physique, 1 h. 1/2 ; Krouchkoll, rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 ; Etaix, rue Cuvier, 12, 1 h. 1/2 ; Chauveaud, rue Cuvier, nº 12, 1 h. 1/2 ; Haug, Amphithéâtre de géologie, 1 h. 3/4 ; Lapicque, Amphithéâtre de Physiologie, 2 h. 3/4 ; Hadamard, Amphithéâtre Le Verrier, 3 h. 1/2 ; J. Chatin, Amphithéâtre Milne-Edwards, 4 h. ; Bouveault, amphithéâtre de physiologie, 4 h. 1/4 ; Hadamard, Amphithéâtre Le Verrier, 5 h. 1/4 ; Blutel, Amphithéâtre de Physique, 5 h. 1/2.

Seront professés pendant le second semestre :

Les cours d'analyse supérieure, par M. Picard (Théorie des fonctions de plusieurs variables) ; — de calcul différentiel et de calcul intégral, par M. Goursat (équations aux dérivées partielles) ; — de mécanique rationnelle, par M. Painlevé (Lois générales du mouvement des systèmes ; — Mécanique analytique ; — Hydrostatique et Hydrodynamique) ; — d'Astronomie physique, par M. Andoyer (Programme du certificat d'astronomie) ; — de Physique mathématique, par M. Boussinesq (Equilibre d'élasticité de la sphère ; Propagation du mouvement à partir d'un centre, dans un milieu élastique et homogène indéfini) ; — de Mécanique physique et expérimentale, par M. Kœnigs (Principes de de l'élasticité ; Essais mécaniques et résistance des matériaux) : — de Physique, par M. Lippmann (Acoustique et Optique) ; par M. Pellat (électrodynamique ; — Magnétisme et Electromagnétisme ; — Induction) (suite) ; — de physique, par M. P. Curie (symétrie et Distribution des vecteurs) ; — de Chimie organique, par M. Haller (Composés de la série aromatique) ; — de Chimie biologique, par M. N... ; — de Physiologie, par M. Dastre (Fonctions de nutrition) ; — de Géologie, par M. Haug (Généralités sur les périodes géologiques et étude particulière de l'ère tertiaire) ; — de Mathématiques générales, par MM. Appel et L. Raffy ; — de Chimie physique, par M. Jean Perrin (Théorie des ions (suite) ; — Electrisation de contact, colloïdes ; Règle des phases et applications) ; — de Chimie analytique, par M. Riban (Dosage et séparation des acides ; — Analyse organique) ; de Chimie appliquée, par M. C. Chabrié (L'alcool, les matières colorantes) ; — d'Anatomie comparée, par M. G. Pruvot (Téguments ; squelette ; Système nerveux et organes des sens) ; — de calcul différentiel et calcul intégral, par M. J. Tannéry ; — de mécanique, par M. Borel ; — de mathématiques, par M. Hadamard ; — de physique, par M. Cotton ; — de physique, par M. Abraham ; — de minéralogie, par M. Dufet ; — de géologie, par M. Bertrand ; — de botanique, par M. Matruchot ; — de zoologie, par M. Houssay ; — de Physique (Certificat d'études P. C. N.), par M. P. Janet (Acoustique, Optique, Physique moléculaire) ; — de Physique (Certificat d'études P. C. N.), par M. Sagnag (Acoustique, Optique) ; — de Chimie (Certificat d'études P. C. N.) par M. Joannis (suite de l'Etude des métaux) ; — Analyse volumétrique ; (Chimie organique) ; — de Chimie (Certificat d'études P. C. N.), par M. Péchard (Chimie organique) ; — de Zoologie (certificat d'études P. C. N.), par M. R. Perrier (Histoire des groupes zoologiques) ; — de Botanique (Certificat d'études P. C. N.), par M. Daguillon (Morphologie et Classification des plantes vasculaires ; Physiologie végétale).

La Faculté délivrera aux sessions de juillet et de novembre

1905 les certificats d'études supérieures suivants : Géométrie supérieure. — Analyse supérieure. — Calcul différentiel et calcul intégral. — Mécanique rationnelle. — Mécanique céleste. — Astronomie. — Mécanique physique et expérimentale. — Physique mathématique. — Physique générale. — Chimie générale. — Chimie appliquée. — Minéralogie. — Chimie biologique. — Zoologie. —Histologie. Embryologie générale. — Physiologie générale. — Botanique. — Géologie. — Géographie physique. — Mathématiques préparatoires à l'étude des sciences physiques (Analyse et Mécanique).

Les registres des inscriptions prescrites pour les certificats d'études supérieures et le Certificat d'études physiques, chimiques et naturelles,seront ouverts, au Secrétariat de la Faculté, du 25 octobre au 15 novembre ; du 3 au 18 janvier ; du 1er au 15 mars, du 1er au 15 mai.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE

Programme des cours pour l'année classique 1904-1905.

Professeur honoraire Albert Gaudry.

Cours d'hiver.

Cours de physique appliquée à l'histoire naturelle. — M. H. Becquerel, professeur. — Le professeur traitera de la phosphorescence et de l'étude des nouveaux rayons. Ce cours aura lieu les lundis, mercredis et vendredis, à neuf heures et demie, dans le Grand Amphithéâtre.

Cours de botanique (organographie et physiologie végétales). — M. Ph. Van Tieghem, professeur. — Le professeur traitera de la morphologie, de la physiologie des plantes. Ce cours aura lieu le mardi et le samedi, à neuf heures, dans l'Amphithéâtre de la galerie de Minéralogie, et le jeudi, à la même heure, au Laboratoire d'Enseignement, rue de Buffon, n° 61.

Cours de culture.— M. J. Constantin, professeur. — Le cours comprendra deux parties : la première sera consacrée aux cultures des plantes inférieures, la seconde aux variations des plantes cultivées. Ce cours aura lieu les mercredis et vendredis, à une heure, dans l'Amphithéâtre des anciennes galeries d'Anatomie comparée. Des excursions horticoles et agricoles font partie du cours et seront annoncées par des affiches spéciales ; elles auront lieu le dimanche ; des manipulations et des conférences complémentaires auront lieu le lundi au Laboratoire de Culture ; elles seront annoncées à l'Amphithéâtre.

Cours de zoologie. — Animaux articulés. — M. E.-L. Bouvier, professeur. — Le cours comprendra trois parties : la première sera consacrée à l'armature buccale des Articulés ; la seconde à l'étude rapide des Crustacés ; la troisième consistera en promenades-conférences dans la galerie d'Entomologie appliquée. Ce cours aura lieu les lundis, mercredis et vendredis, à dix heures et demie, dans la salle des cours de la galerie de Zoologie (1er étage.) Toutefois les promenades-conférences auront lieu dans la galerie même,en été.

Cours de zoologie. — Reptiles, Batraciens et Poissons. — M. Léon Vaillant, professeur. — Le professeur traitera de l'organisation, de la physiologie et de la classification des Poissons (2e partie du cours). Les leçons auront lieu les mardis, jeudis et samedis, à une heure, dans l'amphithéâtre des galeries de Zoologie (rez-de-chaussée). Elles seront complétées par des conférences pratiques.

Cours de zoologie. — Annélides, Mollusques et Zoophytes. — M. L. Joubin, professeur. — Le professeur traitera diverses questions d'océanographie biologique ; étude générale du milieu, de ses variations et de leur influence sur les animaux marins, caractère des Faunes côtières, des grands fonds et de la surface. Le Plancton. Ce cours aura lieu les mardis, jeudis et samedis, à dix heures et demie, dans l'Amphithéâtre de la Galerie de Zoologie (1er étage).

Cours de botanique (classification et familles naturelles des cryptogames). — M. L. Mangin, professeur. — Le professeur, après l'exposition des caractères des groupes naturels de cryptogames, traitera spécialement des familles des champignons. Les espèces parasites des plantes cultivées feront l'objet de développements particuliers. Ce cours aura lieu le lundi et le mercredi, à huit heures et demie, dans l'Amphithéâtre de la galerie de minéralogie. Les excursions, les manipulations et les conférences complétant le cours, seront ultérieurement annoncées par des affiches spéciales.

Cours d'été.

Cours de chimie appliquée aux corps organiques. — M. Arnaud, professeur. — Le professeur traitera des acides organiques de la série grasse, des glycérides, ainsi que des industries qui s'y rattachent. Le cours aura lieu les mardis, jeudis et samedis, à quatre heures, dans l'Amphithéâtre de Chimie, rue de Buffon, n° 63.

Cours de Géologie. — M. Stanislas Meunier, professeur. — Le professeur fera l'histoire géologique de la région parisienne pendant les périodes tertiaire et quaternaire en insistant sur la part qui y revient à chacune des grandes fonctions dont l'ensemble constitue la physiologie de la Terre. Ce cours aura lieu les mardis et samedis, à cinq heures, dans l'Amphithéâtre de la Galerie de Minéralogie. Il sera complété par des excursions géologiques annoncées par des affiches spéciales.

Cours de minéralogie. — M. A. Lacroix, professeur. — Le cours portera sur les minéraux des volcans en général et sur ceux des volcans éteints du massif central de la France en particulier. Ce cours aura lieu les mercredis et vendredis, à cinq heures, dans l'Amphithéâtre de la galerie de Minéralogie. Des conférences sur la composition minéralogique des roches éruptives auront lieu le lundi matin, à dix heures,dans le Laboratoire de Minéralogie, rue de Buffon, n° 61.

Cours de botanique (classifications et familles naturelles des phanérogames). — M. Ed. Bureau, professeur. — Le professeur, pendant les mois de mars et avril, traitera des caractères de la végétation aux différentes époques géologiques, tous les mercredis, à deux heures. A partir du mois de mai, il étudiera les familles vivantes des Dicotylédones apétales. Ces leçons auront lieu les lundis, mercredis et vendredis. à deux heures. Des herborisations font partie du cours et seront annoncées par des affiches spéciales.

Cours de physique végétale. — M. L. Maquenne, professeur. — Le cours comprendra l'étude de l'alimentation minérale et du développement des Plantes. Le professeur traitera des principales fonctions qui se rattachent à la vie végétale, en particulier de la respiration, de la transpiration et de la synthèse des principes immédiats. Les leçons auront lieu les mardis et jeudis, à onze heures, dans l'Amphithéâtre de la galerie de Minéralogie.

Cours de pathologie comparée. — M. Chauveau, professeur. — Le professeur continuera à exposer les méthodes et les expériences propres à éclairer la question de la production économique et hygiénique du travail de l'homme et des autres moteurs animés. Les leçons, conférences et démonstrations auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à onze heures, au laboratoire de pathologie comparée.

Cours de Paléontologie. — M. Marcellin Boule, professeur. — Le professeur traitera des mammifères fossiles. Le cours aura lieu les lundis, mercredis et vendredis, à une heure et demie, dans l'Amphithéâtre des Nouvelles Galeries, rue de Buffon, n° 2.

Cours d'anatomie comparée.— M. Edmond Perrier, professeur. — Le professeur exposera les transformations successives de l'organisation des vertébrés marcheurs (batraciens, reptiles, oiseaux, mammifères). Ce cours aura lieu les mardis, jeudis et samedis, à une heure et demie, dans l'Amphithéâtre des Nouvelles Galeries, rue de Buffon, n° 2.

Cours de zoologie (Mammifères et Oiseaux). — M. E. Oustalet, professeur. — Ce cours portera sur l'organisation, la classification et la distribution géographique des oiseaux. Il aura lieu les lundis, mercredis et vendredis, à trois heures, dans la salle des cours de la galerie de zoologie (rez-de-chaussée). Des conférences dans les Galeries et la Ménagerie seront indiquées par des affiches spéciales.

Cours d'anthropologie. — M. E.-T. Hamy, professeur. — Le cours sera consacré à l'étude des progrès de l'Anthropologie dans les dix dernières années. Il aura lieu les mardis, jeudis et samedis, à trois heures, dans l'Amphithéâtre des Nouvelles Galeries, rue de Buffon, n° 2.

Cours de physiologie générale. — M. N. Grehant, professeur. — Le professeur s'occupera spécialement de l'étude des muscles et des nerfs moteurs. Il continuera ensuite l'exposé de ses recherches sur la nutrition et sur l'alimentation. Le cours aura lieu les lundis, mercredis et vendredis, à quatre heures, dans le Laboratoire de Physiologie générale (quai Saint-Bernard).

Cours de dessin appliqué à l'histoire naturelle. — M. Frémiet, pour les *animaux.* — Ce cours, qui se fait pendant le semestre d'été, aura lieu les lundis, mercredis et vendredis, à quatre heures. — Mme Madeleine Lemaire pour les *plantes.* — L'ouverture de ce cours, qui dépend de la marche de la saison, sera annoncée par une affiche particulière. Il aura lieu les mardis, jeudis et samedis, à trois heures.

L'enseignement organisé pour les voyageurs et les personnes qui peuvent avoir affaire aux colonies, portant spécialement sur les productions coloniales, sera continué en 1905. Une série de conférences du dimanche, s'adressant au grand public, sera faite dans le Grand Amphithéâtre, au cours de la belle saison. La Biblio-

théque et le Laboratoire colonial, (rue de Buffon, n° 35) sont ouverts, de dix heures à quatre heures, tous les jours, excepté les dimanches et jours fériés. Le Laboratoire maritime du Muséum à Saint-Vaast-la-Hougue (Manche) est ouvert durant toute la belle saison. Une affiche spéciale fera connaître la date de chaque cours.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE

Professeurs honoraires : MM. Berthelot, Marchand, Riche, Moissan et Le Roux.

Année scolaire 1904-1905. — *Cours du premier semestre.*

Chimie analytique : M. Villiers-Moriamé, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 10 h. 1/4 (Amphithéâtre du Sud). Analyse qualitative et quantitative des substances minérales. — *Pharmacie galénique* : M. Bourquelot, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 4 heures (Amphithéâtre du Nord). Médicaments obtenus par par dissolution et précipitation ou évaporation (ferments solubles, résines, extraits). — Saccharolés. — Médicaments pour l'usage externe. — Antisepsie et désinfection. — *Chimie minérale* : M. Gautier, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 4 heures (Amphithéâtre du Nord). Métaux. Généralités. — *Matière médicale* : M. Perrot, professeur, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures 1/2. (Amphithéâtre du Nord). Cryptogamies. — Phanérogames. — Gymno spermes et anglospermes. — Monocotylédones. — Dycotylédones : Apétales et dialypétales thalamiflores et disciflores. — *Zoologie* : M. Coutière, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 5 heures (Amphithéâtre du Sud). Anatomie et physiologie humaines. — *Physique* : M. Berthelot, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 9 h. 1/2 (Amphithéâtre du Sud). Chaleur. — Electricité.

Conférences : M. Lebeau, agrégé, lundi, mercredi, vendredi à 5 heures (Amphithéâtre du Sud). Conférences préparatoires au Cours de chimie minérale (novembre et décembre). M. Moureu, agrégé, lundi, mercredi, vendredi à 5 heures (Amphithéâtre du Sud). Conférences préparaoires au Cours de Chimie organique (janvier et février).

Travaux pratiques. — La haute direction des travaux pratiques appartient à MM. les professeurs : Gautier, pour la Chimie générale ; Jungfleisch, pour la chimie analytique ; Guignard, pour la micrographie ; Radais, pour la microbiologie. — *Chimie* : M. Cousin, Chef des Travaux chimiques de 1re année. Lundi, mardi et mercredi, de 1 heure à 4 h. 1/2. Laboratoires. — M. N.., sous-chef des travaux chimiques. 1re année. Jeudi, vendredi et samedi, de 1 h. à 4 h. 1/2. Laboratoires. — *Chimie* : M. Lextreit, chef des travaux chimiques de 2e année. Lundi, mercredi et vendredi, de 1 h. à 4 h. 1/2 Laboratoires. — *Micrographie* : M. N., chef des travaux micrographiques de 3e année. Lundi, mercredi et vendredi. de 1 h. à 4 h. 1/2. Laboratoires. — *Microbiologie* : M. N.., chef des Travaux de microbiologie de 3e année. Lundi, mercredi et vendredi. de 1 h. à 4 h. 1/2. Laboratoires. — 4e année : Les candidats au diplôme supérieur, élèves de 4e année, sont autorisés à participer, dans les différents laboratoires de l'Ecole, et d'une manière permanente, à tous les travaux et exercices utiles à leurs études.

Tableau des jours et heures des cours du 1er semestre. Lundis : MM. Villiers-Moriamé, 10 h. 1/4 ; Bourquelot, 4 h. ; Perrot, 9 h. 1/2 ; Lebeau, 5 h. ; Moureu, 5 h. —Mardis. MM. Gautier, 4 h. ; Coutière, 5 h. ; Berthelot 9 h. 1/2. — Mercredis. MM. Villiers-Moriamé, 10 h. 1/4 ; Bourquelot, 4 h. ; Perrot, 9 h. 1/2 ; Lebeau, 5 h. ; Moureu, 5 h. — Jeudis : MM. Gautier, 4 h. ; Coutière, 5 h. ; Berthelot, 9 h. 1/2. — Vendredis : MM. Villiers-Moramié, 10 h. 1/4 ; Bourquelot, 4 h. ; Perrot, 9 h. 1/2 ; Lebeau, 5 h. ; Moureu, 5 h. — Samedis : MM. Gautier, 4 h. ; Coutière, 5 h. ; Berthelot, 9 h. 1/2.

Division des études.

Première année. : Botanique générale. Chimie minérale. Chimie organique. Minéralogie et Hydrologie. Pharmacie chimique. Physique. Toxicologie. Zoologie. — *Deuxième année* : Botanique générale. Chimie analytique. Chimie minérale. Chimie organique. Cryptogamie. Matière médicale. Pharmacie chimique. Pharmacie galénique. — *Troisième année* : Chimie analytique. Matière médicale. Pharmacie galénique.

L'ouverture des cours du 1er semestre est fixée au 7 novembre 1904.

AVIS A NOS LECTEURS

Nous appelons, d'une façon toute particulière, l'attention de nos lecteurs sur toutes les **Annonces** *contenues dans le* **Numéro des Etudiants**.

INSTITUT PASTEUR

Directeur M. Roux : *Sous-Directeurs* : MM. Chamberland et Metchnikoff.

L'Institut Pasteur, situé entre la rue de Vaugirard et la rue Dutot, a été créé en 1885 avec le produit d'une souscription de l'Académie des Sciences, augmentée de dons, d'une nouvelle souscription, en 1894, du *Figaro*. De nouveaux dons ont permis le développement des services de cet institut, qui subventionne l'Institut Pasteur de Nha-Trang (Annam), dirigé par le Dr Yersin.

I. *Institut bactériologique.* — Cet Institut, le premier construit, occupe avec ses dépendances un terrain de 11.000 mètres. Il se compose de deux bâtiments parallèles à la rue Dutot, réunis par un troisième perpendiculaire aux deux premiers et qui en occupe l'axe. En avant, sont logés les services généraux, en arrière les laboratoires.

Au rez-de-chaussée, tout le côté droit est occupé par le *service de la rage*. Les malades entrent d'abord, à l'extrémité de l'aile, dans une vaste salle d'attente. Ils passent de là dans la salle où se font l'examen des morsures et l'inscription, puis dans la salle des inoculations. Une chambre spéciale est réservée aux femmes et aux enfants. Une salle d'archives, une salle de pansements, un lavabo et des cabinets spéciaux complètent le service. Tout à côté, se trouve la salle de préparation des moelles ; la température y est maintenue constante (à 23 degrés) par un poêle à gaz muni d'un régulateur ; une obscurité presque complète y règne. C'est là que sont conservées, sur des étagères fixées au mur, les moelles de lapin qui servent à la préparation des vaccins antirabiques.

Aile de gauche. Cette aile renferme : le laboratoire de physiologie sous la direction de M. Délezenne et le laboratoire où M. Danysz prépare les virus.

Le *premier étage* est consacré tout entier aux cours de microbie technique, aux travaux pratiques. Les deux ailes sont d'ailleurs construites sur le même plan. Un couloir central conduit, dans chacune, à une vaste salle de travail, carrée, ayant à peu près 12 mètres de côté admirablement éclairée par neuf grandes fenêtres. Le laboratoire du préparateur, une chambre-étuve, une salle de collections, un lavabo-vestiaire et un laboratoire, destiné surtout aux manipulations chimiques, complètent ce qui est nécessaire au service. Le laboratoire et le cabinet du chef de service sont placés symétriquement dans les deux ailes, à l'entrée du couloir qui conduit au laboratoire commun. Tout cet étage est placé sous la direction de M. le docteur Roux.

Second Etage — Le second étage ne contient plus de laboratoire d'enseignement : il est formé d'une série de petits laboratoires desservis par un couloir central, et où les travailleurs, agréés par les chefs de service, peuvent effectuer des recherches originales. Deux pièces, à l'entrée du couloir, sont réservées au chef de service. En face, un laboratoire commun, où se tiennent les garçons, sert pour toutes les opérations qui exigent un outillage spécial et d'usage intermittent. Toute l'aile droite est placée sous la direction de M. Metchnikoff. Les travailleurs de l'aile gauche sont dirigés par MM. Chamberland, Metchnikoff et Roux.

Fonctionnement des services. — I. *Service des vaccins* (1). — Ce service, que dirige M. Chamberland, comprend la préparation des vaccins contre le charbon des ruminants et le rouget des porcs, de la malléine et de la tuberculine (2). Il est placé dans l'aile gauche du bâtiment de façade, sous la bibliothèque.

II. *Service de la rage.* — Le but de ce service, dirigé au début par M. le Pr Grancher, est d'empêcher les personnes mordues par des animaux enragés de devenir elles-mêmes enragées.

(1) Préparateurs : MM. Fernbach, Bouan et Charpentier, chef de laboratoire.

(2) Ces deux dernières substances sont fabriquées sous le contrôle de M. Roux.

A leur arrivée à l'Institut, ces personnes sont examinées par le médecin du service (1), interrogées et, s'il y a lieu, inscrites sur un registre spécial où sont consignés les renseignements les plus circonstanciés sur la date, le siège et la gravité de la morsure, l'état de l'animal mordeur, le résumé du rapport du vétérinaire qui l'a examiné, le résultat de l'inoculation aux animaux de laboratoire du bulbe de l'animal présumé enragé, enfin le détail des inoculations sur le patient.

III. — *Service de la microbie technique* (M. Roux) (2). — Ce service comprend, chaque année, une série de cours de microbie technique, composée de 80 leçons suivies de travaux pratiques. Il y a une seule série de novembre à fin février-mars. Depuis 1889, plus de mille personnes (professeurs d'Universités françaises et étrangères, médecins, pharmaciens, internes des hôpitaux, biologistes, chimistes), ont suivi non seulement les leçons du cours mais encore les travaux pratiques. Un nombre presque égal de personnes sont venus simplement en auditeurs. Les premières seules versent à l'économat une redevance de 100 francs.

IV. — *Service de M. Metchnikoff* (3). — Ici, il n'y a pas matière à une description générale. Toutes les personnes admises dans ce service, et qui s'y succèdent tout le long de l'année, sont des savants qui viennent y poursuivre, s'aidant des conseils des chefs de service, des travaux originaux. Ces travaux sont aussi variés que les origines et les aptitudes diverses des savants qui les exécutent. Cependant M. Metchnikoff a apporté dans la science des idées si originales et si fécondes que les travailleurs de son laboratoire aiment à marcher dans ses voies, les étendent et forment une école, de plus en plus nombreuse, qui se range autour du Maître.

En dehors de ses nombreux travaux et de la direction de son laboratoire, M. Metchnikoff prend part aux cours de microbie technique, où il professe un grand nombre de leçons.

Depuis trois ans, M. le Professeur Laveran, le savant auteur de la découverte de l'hématozoaire du paludisme, qui fait partie de l'Institut Pasteur comme chef de service honoraire, est venu occuper une place dans le laboratoire de M. Metchnikoff, et il continue ses recherches sur les hématozoaires endoglobulaires.

II. — *Institut sérothérapique.*

Ce service, né de la souscription ouverte par le *Figaro* dans les circonstances que nous avons rappelées plus haut, garde de cette origine une sorte d'autonomie budgétaire. Ses ressources comprennent : 1° les intérêts de la partie du produit de la souscription restée libre après l'achat des chevaux et la construction des écuries de Garches ; 2° les subventions de l'État (80.000 francs), de la Ville de Paris (15.000), du département de la Seine (5.000) et de quelques communes (ces revenus permettent d'assurer gratuitement le service de l'Assistance publique en France et des hôpitaux français à l'étranger) ; 3° les produits de la vente des sérums.

Le service de la sérothérapie est placé sous la direction de M. Roux, assisté de MM. Prévôt et Frasey pour tout ce qui regarde la partie vétérinaire.

Preparation des liquides d'inoculation. — Cette préparation est faite pour les toxines diphtérique et tétanique, dans une partie de l'Institut de chimie (aile droite (4), rez-de-chaussée) pour la toxine pesteuse, dans le petit laboratoire isolé de l'Institut bactériologique dont nous avons déjà parlé (5) ; pour d'autres sérums (sérum antistreptococcique) (6), dans des laboratoires particuliers dépendant des divers services.

Les opérations (inoculations des chevaux, prises de sang, mise en flacon du sérum, essai et stérilisation du sérum) se font à Garches, dans le domaine de Villeneuve-l'Etang (1). C'est là que se trouvent les chevaux dont l'immunisation est avancée et qui n'ont besoin que d'être *entretenus* par des inoculations de toxines, entre deux saignées. Les animaux en voie d'immunisation, ou bien ceux sur lesquels on fait des essais de sérothérapie, sont conservés dans une grande écurie, nouvellement construite, dans la rue d'Alleray (2).

(1) D'abord M. Chantemesse et M. Charrin, à l'heure actuelle M. Chaillou.

(2) Service du cours : Chefs de laboratoire : MM. Nicolle, Borel et Binet ; préparateurs : MM. Sergent, Pinoy et Burnet.

(3) Chef de laboratoire, M. Mesnil ; préparateur : M. Besredka.

(4) Chef de laboratoire : M. Martin ; préparateur : M. Momont.

(5) Préparateur : M. Dujardin-Beaumetz.

(6) Chef de laboratoire : M. Besredka.

III. — *Institut de chimie biologique.*

Un laboratoire de chimie biologique est annexé à l'Institut Pasteur et est monté sur un pied tel qu'on peut y manipuler facilement des volumes considérables de matière. Deux laboratoires sont surtout voués à l'étude des liquides organiques et placés sous la direction de M. Etard et de M. G. Bertrand.

L'ensemble du service est complété par un jardin, dont les plantes ont été choisies en prévision de certaines recherches et par une petite serre chaude. Ces laboratoires reçoivent gratuitement les savants qui viennent y faire des travaux originaux et, moyennant une redevance, ceux qui viennent y demander un enseignement. Ce sont à la fois des laboratoires d'initiation à la recherche et des laboratoires de recherches.

Laboratoire de chimie biologique de la Faculté des Sciences. — Lorsque l'Institut Pasteur fut fondé et vint, en 1889, s'installer dans les bâtiments de la rue Dutot, le cours de chimie biologique, professé à la Sorbonne par M. Duclaux, fut transporté dans ces nouveaux locaux avec tout le service qui en dépendait. Ce service, d'abord très exigu, a pris depuis une importance telle qu'il a fallu lui donner un grand laboratoire qui peut recevoir à la fois 96 travailleurs.

Laboratoire des hautes études. — A l'Institut Pasteur est rattaché un laboratoire des hautes études, dont le directeur est M. N.

Service des fermentations. — La partie du bâtiment située à l'extrémité de l'aile gauche est entièrement consacrée aux industries de fermentation ; le service est destiné à la fois à l'enseignement et à l'application des connaissances scientifiques à la pratique industrielle. Ce laboratoire, placé sous la haute surveillance de M. N...... est dirigé par M. Fernbach.

Laboratoire de chimie agricole. — Le laboratoire de chimie agricole, et où se fait l'étude des questions de physiologie et de pathologie végétales, est placé sous la direction de M. Mazé. Le laboratoire de M. Mazé comprend deux salles de travail, une étuve, une chambre noire, une petite serre chaude, une serre tempérée.

Service d'analyse et de chimie appliquées à l'hygiène.

But. — L'institut biologique nouvellement annexé à l'Institut Pasteur comprend, à côté des laboratoires de recherches théoriques, un laboratoire d'enseignement de l'analyse chimique et bactériologique appliquée à l'étude de tous les matériaux de l'organisme, aussi bien de ceux qui y entrent sous forme d'aliments que de ceux qui en sortent sous forme de produits physiologiques. En d'autres termes le nouveau service a pour but l'enseignement pratique des méthodes d'analyse limitées aux matières d'ordre pathologique, alimentaire et biologique. Il s'adresse donc spécialement aux pharmaciens, aux médecins aussi bien qu'aux chimistes qui ont à analyser ces produits ou qui, par leur professions, ont intérêt à se renseigner sur les phases de certaines fabrications dans lesquelles sont appliquées les théories pasteuriennes.

Durée ; conditions d'admission. — La période scolaire sera de cinq mois, de la rentrée de novembre aux vacances de Pâques. Elle se composera de deux parties : 1er Trimestre, Méthodes bactériologiques ; pratique des ensemencements et des cultures. Analyse des eaux et des boissons. — 2e Trimestre. Analyse des matières alimentaires, du lait, de l'urine, des produits pathologiques. — Le coût des inscrip-

(1) Vétérinaire-résident : M. Prévot.

(2) Vétérinaire-résident : M. Frasey.

tions est de 250 fr. par trimestre ; on ne s'inscrit pas pour moins d'un trimestre. Ne pourront être admis que les élèves qui montreront, dès les premières manipulations, qu'ils ont déjà la pratique du laboratoire pour les préparations usuelles, le montage des appareils et les principales réactions de la chimie minérale et organique. En d'autres termes, le laboratoire ne reçoit pas de débutants, qui entraveraient la marche des études. Le laboratoire sera ouvert tous les jours de midi à six heures du soir, sauf le samedi, où il fermera à trois heures. Les inscriptions sont reçues, à partir du 15 juin, au secrétariat de l'Institut Pasteur, 25, rue Dutot. L'ouverture des cours et manipulations a eu lieu le mardi 4 novembre 1902. Les convocations se feront d'après les ordres des inscriptions.

L'hôpital pastorien.

Médecin Directeur M. le Dr L. Martin. Interne M. le Dr Girard.

Dans la construction de l'hôpital pastorien, l'architecte a juxtaposé et superposé aux nos 211 à 255 de la rue de Vaugirard le service des consultations et les logements du personnel infirmier de l'hôpital ; au n° 205 sont établis l'économat, le cabinet et le logement du médecin en chef de l'hôpital, qui est logé à portée de ses salles. Au milieu de jardins, entre la rue de Vaugirard et l'Institut de chimie biologique, l'hôpital comprend deux grands pavillons à un étage, dirigés perpendiculairement à la rue de Vaugirard, réunis entre eux par un jardin d'hiver destiné aux malades. A gauche de ces pavillons, une rangée de petits bâtiments sont occupés par les services annexes : dépendances, cuisine, buanderie (en sous-sol, avec lingerie au-dessus).

Toutes les diverses parties de l'hôpital communiquent entre elles par des galeries couvertes. Suivons le malade dès son entrée par le service des consultations gratuites.

Service des consultations.— Médecin : M. le Dr Veillon. Internes : M. le Dr Maire, MM. Lemarquand et Denis. — Ici la préoccupation principale doit être d'opérer rapidement la sélection des contagieux afin de les isoler le plus vite possible. Cet isolement est réalisé dans une série de petites chambres qui se trouvent à gauche de l'entrée et où l'on fait un examen détaillé du malade ; après quoi on le dirige, s'il y a lieu, sur un des pavillons, où nous le retrouverons tout à l'heure. Les malades non contagieux sont dirigés dans une vaste salle d'attente située dans l'axe du bâtiment et sont ensuite examinés dans la consultation, qui comprend une salle pour le médecin, une salle de pansements, un vestiaire, deux chambres avec lits, baignoire et appareil à douches (spécialement réservé à l'examen des malades atteints d'affections cutanées) et, en lui faisant suite, un laboratoire : à côté se trouvent, comme dépendance de l'hôpital, la salle de reconnaissance des morts et la chapelle. Les étages de tout ce corps de bâtiment servent au logement du personnel infirmier, à la pharmacie à la photographie ; une chambre noire sert pour les services d'ophtalmologie et d'otologie.

Pavillons d'hôpital.— Les deux pavillons sont absolument semblables ; chacun d'eux comprend une partie rectangulaire centrale, avec deux étages de chambres d'isolement et à chaque extrémité, une aile un peu plus large. C'est par celle qui regarde la rue de Vaugirard que se trouvent les perrons d'entrée : latéral pour le malade, terminal pour le médecin. L'autre aile, qui communique, au rez-de-chaussée avec le jardin d'hiver, comprend des chambres communes pour les convalescents. Le malade en entrant trouve un vestiaire où il change de vêtements (les siens devant être désinfectés) ; il est ensuite placé sur un lit et dirigé sur la chambre qu'il doit occuper jusqu'à sa convalescence ; un monte-charges amène les lits au premier étage. Le premier étage de l'extrémité d'entrée est occupé par le service de chirurgie ; une vaste pièce, qui surplombe le perron, éclairée de tous les côtés, sert aux opérations ; en arrière, à droite et à gauche, se trouvent deux chambres annexes, une pour la chloroformisation et la stérilisation des instruments, l'autre pour les examens microscopiques rapides. Au deuxième étage, loge l'interne du service. La partie centrale du pavillon se compose, à chaque étage, de douze chambres, desservies par un couloir central. Toute cette partie peut être isolée facilement du reste du pavillon : un couloir la sépare complètement de chaque aile ; de plus, les chambres s'ouvrent sur un large balcon qui est également en relation avec les couloirs des extrémités. Cette dernière disposition permet d'isoler spécialement une chambre déterminée. On peut ainsi obtenir un isolement complet du quartier des contagieux en général et, en cas de nécessité, réaliser l'isolement absolu d'un malade particulièrement dangereux.

Chaque chambre a deux portes se faisant vis-à-vis ; l'une sur le couloir central pour le service ordinaire, l'autre sur le balcon pour le service dans le cas d'isolement absolu d'un malade. Le mobilier est des plus simples : un lit de fer avec sommier métallique flexible, une table de nuit en métal émaillé, une planche fixée au mur et supportant une cuvette également en métal émaillé, une chaise et un fauteuil vernis ; le tout pouvant se laver et se désinfecter facilement. En un mot, on a cherché à prendre toutes les dispositions et se mettre dans les conditions d'un minimum de contagion.

L'extrémité postérieure du pavillon comprend, avec l'escalier, le monte-charges, l'office, etc., deux grandes pièces, une par étage, chacune de douze lits, pour les convalescents, La disposition est la même que pour les chambres du service d'isolement : murs creux revêtus, à la base, de grès émaillé, parquet en grès cérame, etc. ; le tout facile à laver et à désinfecter. Le deuxième étage de l'aile des convalescents. comprend cinq chambres à deux lits destinés aux malades accompagnés de leurs parents.

ÉCOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT

Année scolaire 1904-1905. — 1er Semestre.

L'Ecole reçoit des internes. des demi-pensionnaires et des externes, aux prix de 600,400 et 200 francs — 60 bourses ministérielles ou fractions de bourse, et environ 30 bourses départementales, entières ou fractionnées. — Le recrutement a lieu par voie de concours entre des candidats qui doivent tous être pourvus soit de l'un des baccalauréats ; les diplômés de l'Institut national agronomique ou de l'une des Ecoles nationales d'agriculture sont dispensés du concours s'ils possèdent un baccalauréat. Durée des études : 4 ans. Les étudiants qui se destinent à l'armée sont tenus en outre, après concours, d'aller faire un stage d'un an à l'Ecole de cavalerie de Saumur. — Ouverture des cours le 15 octobre ; clôture, le 30 juin ; session d'examens, du 1er au 25 juillet ; vacances du 25 juillet au 15 octobre.

Directeur : M. le Professeur G. Barrier. *Téléphone* : 920-41.

Les matières de l'enseignement sont réparties entre *dix chaires* ; à chacune de celles-ci se trouvent attachés un *professeur*, chargé de l'enseignement dogmatique, et un *chef de travaux*, chargé de l'enseignement pratique et des interrogations des élèves.

1re Chaire : MM. Adam. professeur, et Monvoisin, chef de travaux, stagiaire: *Physique et météorologie ; chimie organique et biologique* ; *pharmacie* (technique des manipulations, leçons, conférences et exercices pratiques, conférences ou interrogations). Leçons : Lundi, mercredi, vendredi, de 9 h. 3/4 à 11. — Exercices pratiques : Lundi, de 12 h. 1/2 à 16 h.

2e Chaire : MM. Railliet, professeur, et Henry, chef de travaux titulaire : *Botanique, géologie, zoologie, matière médicale* (exercices de matière médicale, de zoologie et d'histologie végétale ; conférences ou interrogations). Leçons : Mardi, jeudi et samedi, de 9 h. 3/4 à 11 heures. — Exercices pratiques : mardi mercredi et vendredi, et samedi de 15 h. 1/2 à 16 1/2 (matière médicale).

3e Chaire : MM. Barrier, professeur, et Lecaplain, chef des travaux titulaire : *Anatomie descriptive et comparée, tératologie, extérieure du cheval* (étude des préparations anatomiques, dissections, conférences ou interrogations). Leçons : Mardi, jeudi et samedi, de 8 heures à 9 heures. — Dissections : tous les jours, de 8 h. à 11 h. et de 16 h. à 19 h , à partir du 15 novembre.

4e Chaire : MM. Kaufmann, professeur, et Lesage, chef de travaux titulaire : *Physiologie et thérapeutique* (démonstrations pratiques de physiologie et de thérapeutique ; conférences ou interrogations) : Leçons Lundi, mercredi, et vendredi, de 8 à 9 h. Mercredi. — Démonstrations pratiques mercredi : de 16 h. à 17 h. (thérapeutique) et de 17 h. à 18 h. (physiologie).

5e Chaire : MM. Petit, professeur, et Basset, chef de travaux titulaire : : *Anatomie pathologique* ; *Embryologie* ; *Histologie normale et pathologique* (Technique des autopsies ; conférences

et exercices pratiques ; interrogations). Leçons : Lundi, de 14 h. à 15 h. Mardi, de 17 heures à 18 heures. Samedi de 14 heures à 15 heures. — Exercices pratiques : Lundi, de 16 h. à 18 h.

6e Chaire : MM. CADIOT, professeur, et PÉGARD, chef de travaux stagiaire : *Pathologie générale, pathologie et clinique médicales* ; clinique ; consultation ; conférences et exercices pratiques ; interrogations ; Leçons : Mardi, jeudi et samedi, de 6 h. 1/2 à 7 h. 1/2 du matin. — Clinique : mardi et vendredi, de 8 h. à 9 heures. — Consultation : Lundi, mercredi, vendredi, de 9 h. 1/2 à 11 h.

7e Chaire : MM. COQUOT, professeur, et RAYMOND, chef de travaux stagiaire : *Manuel opératoire ; ferrure ; pathologie et clinique chirurgicales* (clinique, consultation, médecine opératoire, conférences ou interrogations). Leçons : Mardi, de 14 heures à 15 heures ; mercredi de 14 h. à 15 heures ; samedi, de 14 heures à 15 heures. — Clinique : jeudi et samedi, de 8 h. à 9 heures. — Consultation : mardi, jeudi, samedi, de 9 h. 1/2 à 11 h. — Exercice de chirurgie : Lundi, de 6 h. 1/2 à 16 heures.

8e Chaire : MM. MOUSSU, professeur, et DELMER, chef de travaux titulaire : *Pathologie bovine, ovine et porcine ; obstétrique ; maladies parasitaires* (clinique spéciale ; conférences et exercices pratiques ; interrogations). Leçons : mardi, de 13 h. à 14 h. ; mercredi, de 13 h. à 14 h. . ; vendredi, de 13 h. à 14 h. — Clinique spéciale, lundi et mercredi, de 8 h. à 9 h. ; opérations, lundi de 12 h. à 18 h.

9e Chaire : MM. VALLÉE, professeur, et PANISSET, chef de travaux : *Pathologie des maladies contagieuses ; jurisprudence ; médecine légale ; inspection des viandes ; technique microbiologique ; police sanitaire* (clinique spéciale) ; conférences et exercices pratiques ; interrogations). Leçons : Mardi, mercredi, vendredi, de 13 h. à 14 h. — Exercices pratiques : Lundi, de 13 h. à 15 h. et mardi, de 14 h. à 15 h.

10e Chaire : MM. BARON, professeur, et RAS, chef de travaux titulaire : *Hygiène générale ; zootechnie* (conférences et exercices pratiques à l'École ; interrogations.) Leçons : Mardi, de 15 h. 1/2 à 16 h. 1/2 ; mercredi et vendredi, de 16 h. 1/2 à 17 h. 1/2.— Exercices pratiques : Lundi, de 16 heures à 17 h ; jeudi de 9 h. à 13 h.

Équitation, Attelage, Dressage, pour les élèves de la 4e année : Tous les jours (sauf le samedi), de 11 heures 1/2 à 12 h. 1/2 et de 15 h. à 16 heures. *Lever* : à 6 heures. — *Coucher* : à 21 heures. — *Etudes* : de 6 heures 1/2 à 7 h. 40 ; de 9 heures à 11 heures ; de 12 h. 1/2 à 15 heures ; de 15 heures 1/2 à 17 heures 1/2 ; de 19 heures à 20 h. 1/2. — *Repas* : collation, à 7 heures 40 ; déjeuner, à 11 heures ; dîner, à 18 heures.

Bibliothèque.—Ouverte tous les jours pendant les récréations et pendant les vacances ; 15.500 volumes ; les élèves sont autorisés à emprunter, sous leur responsabilité, les ouvrages faciles à retrouver en librairie. — *Musée* : tous les jeudis, l'après-midi. — Bibliothécaire et conservateur des collections : M. NICOLET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

L'*Académie des Sciences* tient des séances publiques, à l'Institut, quai de Conti, tous les lundis, à 3 heures. Elle se divise en deux grandes classes : celle des *Sciences mathématiques*, dont nous n'avons pas à nous occuper, qui comprend cinq sections ; celle des *Sciences physiques*, qui comprend les six sections suivantes, composées chacune de six membres : chimie ; minéralogie ; botanique ; économie rurale ; anatomie et zoologie ; médecine et chirurgie. — Cette dernière section a six membres correspondants français et étrangers. L'*Académie des Sciences* décerne chaque année des prix dont quelques-uns ont trait aux sciences médicales (anatomie, physiologie, médecine et chirurgie, hygiène, physiologie expérimentale), et qui sont annoncés en temps opportun dans le *Progrès médical*.

La Section de médecine et chirurgie comprend : MM. Guyon, d'Arsonval, Bouchard, Laveran, Lannelongue. MM. Chauveau, Maquenne et Roux font partie de la section d'Economie rurale.

La section d'anatomie et zoologie est composée de MM. Perrier, Ranvier, Bouvier, Chatin, Giard, Delage. Le président, cette année, est M. Mascart. Parmi les académiciens libres, il y a M. le Dr Brouardel. — Le *Progrès médical* publie régulièrement une analyse des communications faites à l'Académie des sciences, lorsqu'elles sont du domaine des sciences biologiques. L'Académie des Sciences publie un *Compte rendu* de ses séances, qui paraît toutes les semaines. La mort de M. Marey laisse une place libre dans la section de médecine.

MM. LES AUTEURS ET ÉDITEURS

Sont prévenus que tout ouvrage dont nous recevrons deux exemplaires sera annoncé et analysé s'il y a lieu ; ceux dont il ne nous parviendra qu'un exemplaire seront seulement annoncés.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'*Académie de Médecine* tient ses séances publiques, 16, rue Bonaparte, tous les mardis, de 3 h. à 5 h. — Elle se compose de cent membres *titulaires*, répartis dans les 11 sections qui suivent : Anatomie et physiologie, 10 ; pathologie médicale, 13 ; pathologie chirurgicale, 10 ; thérapeutique et histoire naturelle médicale, 10 ; médecine opératoire, 7 ; anatomie pathologique, 7 ; Accouchements, 7 ; hygiène publique, médecine légale et police médicale, 10 ; médecine vétérinaire, 6 ; physique et chimie médicales, 10 : pharmacie, 10. Il y a, en outre, une section d'associés libres qui peut compter 10 membres. — Le nombre des *associés nationaux* et celui des *associés étrangers* peut être de 20. — Le nombre des *correspondants nationaux* est de 100 ; celui des *correspondants étrangers* de 50. Les uns et les autres sont divisés en 4 sections de la façon suivante : 1° Anatomie et physiologie, pathologie médicale, thérapeutique et histoire naturelle, anatomie pathologique, hygiène publique et médecine légale (correspondants nationaux, 50, étrangers, 25). — 2° Pathologie chirurgicale, médecine opératoire, accouchements (correspondants nationaux, 24 ; étrangers, 12). — 3° Médecine vétérinaire (correspondants nationaux, 6 ; étrangers, 3). — 4° Physique et chimie médicales, pharmacie (correspondants nationaux, 20 ; étrangers, 10).

Président pour 1904 : M. TILLAUX.— Vice-Président : M. COLIN. — Secrétaire perpétuel : M. JACCOUD. — Secrétaire annuel : M. MOTET. — Trésorier : M. HANRIOT.

L'Académie résout les questions qui lui sont posées par le parlement, les ministères, les préfectures de la Seine et de police, sur tout ce qui concerne l'hygiène et la santé publiques. Elle autorise ou interdit la fabrication et la vente des remèdes secrets et nouveaux, l'exploitation des sources thermales ou minérales. Elle désigne, sur la demande du gouvernement, des commissaires qui se transportent sur les lieux où sévissent les épidémies ou les épizooties et décident des mesures à prendre contre le mal. Elle propage la vaccine, et enfin discute des questions de science pure. Elle publie : un *Bulletin* qui contient le compte rendu de ses séances et de ses travaux ; des mémoires ; des rapports annuels sur les épidémies. la vaccine, les eaux minérales. Au moyen de son budget particulier et de différents legs, elle distribue des prix. Les lauréats sont proclamés chaque année dans une séance solennelle qui a lieu dans la première quinzaine de décembre ; les sujets à traiter pour les prix de l'année suivante y sont en outre désignés.

L'Académie possède des collections et une bibliothèque riche de 200,000 volumes, en ouvrages imprimés, portraits, estampes et manuscrits, réservée aux membres de la compagnie ; elle est ouverte néanmoins à tous les travailleurs sérieux autorisés. Bibliothécaire : M. DUREAU. — Chef des bureaux : M. CAMBUZAT.

Les vaccinations et les certificats de vaccine sont délivrés gratuitement tous les mardis, jeudis et samedis, à onze heures précises. On envoie en outre gratuitement du vaccin de génisse en tubes à tous les membres du corps médical qui en font la demande. Directeur du service : M. HERVIEUX. Il existe aussi, pour les analyses et les recherches, un laboratoire dirigé par M. MEILLÈRE.

Les travaux, les communications et les correspondances de toutes sortes doivent être adressés à M. le secrétaire perpétuel au siège de l'Académie, à moins qu'un des membres n'ait bien voulu se charger de faire la présentation. — Les bureaux de l'Académie sont ouverts, sauf les dimanches et fêtes, tous les jours, de 10 heures à 4 heures. Le *Progrès médical* fait le compte rendu de chaque séance de cette importante assemblée avec un soin tout particulier.

PRIX DE L'ACADÉMIE.— *Prix de l'Académie.* — 1,000 francs.— Annuel. — Question à poser par l'Académie. *Partage interdit.* (1)

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil). — 800 francs. — Annuel. — Ce prix sera décerné au meilleur travail ou mémoire inédit sur n'importe quelle branche de la médecine. *Partage interdit.*

Prix Amussat. — 1.000 francs. — (Triennal). Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches, basés simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. Ne seront point admis au concours pour le prix de chirurgie expérimentale les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts sous un autre titre à l'Académie de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut. Mais ceux qui n'auraient obtenu que des encouragements pourront être admis à la condition d'avoir été depuis poursuivis et complétés. Le sujet du travail restera au choix de l'auteur. *Partage autorisé.*

Prix Apostoli. — 600 francs. — Annuel. — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage, travail ou mémoire fait dans l'année en France ou à l'étranger, sur l'électrothérapie. *Partage interdit.*

(1) Pour le programme détaillé des prix, voir la séance annuelle de l'Académie, en général le deuxième mardi de décembre.

Prix d'Argenteuil. — 6.800 francs. — Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre, ou à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des autres maladies des voies urinaires. *Partage interdit.*

Prix Baillarger. — 2,000 fr.— Biennal.— Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés. Les mémoires des concurrents devront toujours être divisés en deux parties. Dans la première, ils exposeront, avec observations cliniques à l'appui, les recherches qu'ils auront faites sur un ou plusieurs points de thérapeutique. Dans la seconde, ils étudieront, séparément pour les asiles publics et pour les asiles privés, par quels moyens et au besoin par quels changements dans l'organisation de ces asiles on pourrait faire une part plus large au traitement moral et individuel. *Partage interdit.*

Prix Barbier. — 2,000 francs. — Annuel. — Au meilleur mémoire sur les maladies incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc. Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus approchés. *Partage autorisé.*

Prix Charles Boullard. — 1200 francs. — Biennal. — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage ou obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales en arrêtant ou en atténuant leur marche terrible. *Partage interdit.*

Prix Mathieu Bourceret. — 1,200 francs. — Annuel. — Ce prix sera décerné tous les ans à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang. *Partage interdit.*

Prix Henri Buignet. — 1,500 francs. — Annuel. — Ce prix sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Le prix ne sera pas partagé ; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'est jugé digne du prix, la somme de 1,500 francs sera reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3,000 fr. devra être partagée en deux prix de 1,500 francs chacun. *Partage interdit.*

Prix Adrien Buisson. — 10,500 francs. — Triennal. — Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes, ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables, dans l'état actuel de la science. *Partage interdit.*

Prix Campbell Dupierris. — 2,300 francs. — Biennal. — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage sur les anesthésies ou sur les maladies des voies urinaires. *Partage interdit.*

Prix Capuron. — 1,000 francs. — Annuel. — Question à poser sur un sujet d'obstétrique ou sur les eaux minérales. *Partage interdit.*

Prix Chevallier. — 6,000 francs. — Triennal. — Ce prix sera décerné à l'auteur français du meilleur travail sur les origines, le développement ou le traitement, soit de la phtisie pulmonaire, soit des autres tuberculoses. *Partage interdit.*

Prix Chevillon. — 1,500 francs. — Annuel. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses. *Partage interdit.*

Prix Civrieux. — 800 francs. — Annuel. — Question à poser sur le traitement et la guérison des maladies provenant de la surexcitation de la sensibilité nerveuse. *Partage interdit.*

Prix Clarens. — 400 francs. — Annuel. — Ce prix, qui ne pourra être partagé, sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur l'hygiène. *Partage interdit.*

Prix Daudet. — 1,000 francs. — Annuel. — Question à poser sur les maladies reconnues incurables jusqu'à ce jour, et plus spécialement sur les tumeurs. *Partage interdit.*

Prix Desportes. — 1,300 francs. — Ce prix sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale et pratique. *Partage autorisé.*

Prix Falret. — 700 francs. — Biennal. — Question à poser sur les maladies mentales et nerveuses. *Partage interdit.*

Prix Gerdy. — 5,500 francs. — Annuel. — Le legs Vuilfranc Gerdy est destiné à entretenir, près des principales stations minérales de la France et de l'étranger, des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine. (Voir le règlement du concours.)

Prix Ernest Godard. — 1,000 francs. — Annuel. — Ce prix sera décerné alternativement aux meilleurs travaux sur la pathologie interne et sur la pathologie externe. *Partage interdit.*

Prix Herpin (de Metz). — 1,200 francs. — Quadriennal. — Question à poser sur les meilleures méthodes de traitement abortif d'une maladie interne ou externe, soit à son début, soit dans la période d'incubation. A défaut de concurrents spéciaux, l'Académie pourra employer tout ou partie de ce prix à récompenser ou à provoquer des travaux sur les effets thérapeutiques comparés de plusieurs sources d'eaux minérales naturelles, qui sont aujourd'hui employées contre des maladies semblables ou analogues entre elles. *Partage interdit.*

Prix Herpin (Théodore, de Genève).— Annuel.— 3,000 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses. *Partage interdit.*

Prix Hugo. — 1,000 francs. — Tous les cinq ans. — A l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur un point de l'histoire des sciences médicales. *Partage interdit.*

Prix Huguier. — 3,000 francs.— Ce prix, qui est triennal, sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit, ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. *Partage interdit.*

Prix Itard. — 2,400 francs. Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. *Partage interdit.*

Prix Jacquemier.— 1.700 francs.— Ce prix, qui est triennal, sera décerné à l'auteur du travail sur un sujet d'obstétrique ayant réalisé un progrès important. — Les travaux destinés au concours devront avoir au moins six mois de publication. *Partage interdit.*

Prix Laborie. — 5,000 francs. — Annuel. — Ce prix sera décerné chaque année à l'auteur qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie. *Partage interdit.*

Prix Larrey (baron). — 500 fr. — Annuel. — Ce prix sera décerné au meilleur travail de statistique médicale. *Partage interdit*

Prix Laval. — 1,000 francs. — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de Médecine. *Partage interdit.*

Prix Lefèvre. — 1,800 francs. — Triennal. — Sur la mélancolie. *Partage interdit.*

Prix Lefort (Jules). — 300 francs. — Quinquennal. — Ce prix sera attribué à l'auteur du meilleur travail original et non à une œuvre de compilation. (Etude chimique des eaux minérales et potables.) *Partage interdit.*

Prix Lorquet. — 300 francs.— Annuel. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales. *Partage interdit.*

Prix Louis. — 3.000 francs. — Triennal. — Question à poser sur l'action des agents thérapeutiques journellement employés. *Partage interdit.*

Prix Mège. — 900 francs. — Ce prix sera décerné tous les trois ans, à l'auteur du meilleur ouvrage sur un sujet de physiologie expérimentale, d'anatomie pathologique et ensuite à la volonté de l'Académie. *Partage interdit.*

Prix Meynot aîné, père et fils, de Donzère (Drôme). — 2.600 fr. — Annuel. — Ce prix sera décerné alternativement au meilleur ouvrage sur les maladies des yeux et des oreilles. *Partage interdit.*

Prix Monbinne. — 1.500 francs. — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1.500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant, soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. » *Partage autorisé.*

Prix Nativelle. — 300 francs. — Annuel. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif, défini, cristallisé, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse. *Partage interdit.*

Prix Orfila. — 2.000 francs. — Biennal. — Question à poser sur la toxicologie et la médecine légale. *Partage interdit.*

Prix Oulmont. — 1.000 francs. — Ce prix sera donné alternativement à l'interne en médecine et à l'interne en chirurgie qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat. *Partage interdit.*

Prix Perron. — 3,800 francs. — Ce prix, qui est quinquennal, sera décerné à l'auteur du mémoire le plus utile aux progrès de la médecine. Il pourra être partagé. *Partage autorisé.*

Prix Portal. — 600 francs. — Annuel. — Question à poser sur l'anatomie pathologique. *Partage interdit*

Prix Pourat. — 700 francs. — Annuel. — Question de physiologie à poser par l'Académie. *Partage interdit.*

Prix Philippe Ricord. — 600 francs. — Biennal. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage paru dans les deux ans sur les maladies vénériennes. *Partage interdit.*

Prix Henri Roger. — 2,500 francs. — Ce prix sera décerné tous les cinq ans à l'auteur du meilleur ouvrage en médecine des enfants (Pathologie, hygiène ou thérapeutique). Cet ouvrage devra avoir au moins deux ans de publication. *Partage interdit.*

Prix Saintour. — 4.400 francs. — Biennal. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur n'importe quelle branche de la médecine. *Partage interdit.*

Prix Stanski. — 1.400 francs. — Ce prix, qui est biennal, sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance. Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.) *Partage interdit.*

Prix Tarnier. — 3.000 francs. — Ce prix, qui est annuel, ne devra jamais être partagé. Il sera décerné, alternativement au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à l'obstétrique et à la gynécologie.

Prix Tremblay. — 7.200 francs. — Ce prix doit être décerné tous les cinq ans à l'auteur du meilleur mémoire traitant des maladies des voies urinaires, telles que catarrhe de la vessie, affections de la prostate, plus particulièrement ces deux cas. *Partage interdit.*

Prix Vernois. — 700 francs. — Ce prix, qui est annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène (peut être partagé).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

La *Société de Biologie* tient ses séances tous les samedis, à 4 h. 1/2 rue de l'Ecole-de-Médecine (*Ecole pratique*) au deuxième étage. Elle possède une bibliothèque dont l'importance s'est trouvée augmentée par le don de celle de l'un de ses membres décédé, le Pr Pouchet. Cette Société réunit l'élite des différentes Ecoles scientifiques ayant trait aux Sciences Biologiques et Physiologiques dans l'acception la plus large du mot. La Faculté de médecine y est représentée par un grand nombre de ses professeurs et de ses agrégés. Citons parmi les assidus : MM. Bouchard, A.-Gautier, Chantemesse, Ch. Richet, Letulle, Troisier, Weiss, Netter, Gley, Langlois, Roger, Déjerine, R. Blanchard, Gilbert, P. Marie, Desgrez, Vaquez, Retterer, Widal, etc. ; — le Collège de France est représenté par M. François-Franck, d'Arsonval, Malassez, Henneguy, Charrin, [illegible]lion, Jolly, Suchard ; — la Sorbonne, par MM. Dastre, Gasto[illegible]onnier, Giard, J. Chatin, Lapicque ; — l'Ecole de pharmacie par MM. Bourquelot, Guignard, Grimbert ; — le Muséum, par MM. Vaillant, Künckel d'Herculais, Chauveau, Bouvier, Phisalix, Pettit. — MM. Barrier, Railliet, Kauffmann, apportent les travaux de l'Ecole d'Alfort. — On voit que tous les grands corps enseig[illegible]nts délèguent à la Société leurs membres les plus actifs. Bien d'a[illegible]res médecins ou savants y viennent régulièrement ; parmi eux, citons MM. Capitan, Ch. Féré, Galippe, Gellé, Carcher, Laveran, Magnan, Mégnin, Mesnil, Paul Richer.

Le programme d'études et de discussions est donc des plus riches ; il embrasse la physiologie expérimentale et pathologique, l'histologie, l'anatomie pathologique, la pathologie comparée, la bactériologie, la chimie et la physique médicales. Les étudiants déjà avancés en médecine suivront avec le plus grand profit les séances de cette Société, pour y élargir le cadre de leurs idées générales en Biologie. — Tous les deux ans, la *Société de Biologie* décerne le *prix Godard*, qui est de la valeur de 500 francs, et tous les ans le *prix Laborde* d'une valeur de 600 francs. Elle publie régulièrement un Bulletin qui est un des recueils les plus intéressants de tout ce qui se fait de neuf en physiologie normale et pathologique. Un compte-rendu de chaque séance paraît dans le *Progrès médical*. Président, M. le Pr X. ; — Secrétaire général, M. le Dr Gley.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Cette *Société*, l'une des plus anciennes de Paris, tient ses séances tous les vendredis, à 3 heures 1/2, à l'Ecole pratique, dans une salle placée au-dessus du Musée Dupuytren. C'est là que sont communiqués tous les cas intéressants observés dans les hôpitaux de Paris et que sont apportées toutes les pièces d'anatomie pathologique qui offrent des particularités remarquables. MM. Cornil, Gombault, Letulle, Brault, Achard, Legry, R. Marie, F. Bezançon, Griffon, Chaput, Guinard, Mauclaire, Morestin, Auvray, Labbé, Fredet, Cunéo, Lefas, Nattan-Larier, Dufour, Launay, Riche et la plupart des jeunes chirurgiens fréquentent assidûment les séances. Tous les deux ans, la *Société Anatomique* décerne le *Prix Godard*. Les membres-adjoints de la Société, les internes, les médecins, etc., peuvent concourir. Les étudiants qui liront les comptes rendus de la Société y trouveront de nombreux éléments pour leur thèse de doctorat ; les comptes rendus des séances sont publiés dans un *Bulletin* mensuel donnant, chaque numéro, un mémoire original et de nombreuses figures. Président, M. CORNIL, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté. Aucune communication n'est faite sans pièces à l'appui. Cela évite toute discussion oiseuse, purement clinique, et on a de plus l'avantage de voir défiler sous ses yeux les cas les plus rares de l'anatomie pathologique provenant des hôpitaux de Paris, dont le matériel est d'une richesse incomparable.

Les pièces intéressantes sont gardées, avec l'assentiment de leurs possesseurs, pour être placées dans les collections du Musée Dupuytren.

Cette année, le local de cette Société a été agrandi et sa Bibliothèque installée de façon à en faciliter l'accès ; M. Durante en est bibliothécaire archiviste. C'est l'une des réunions savantes les plus précieuses de Paris, à cause de sa tradition, sévèrement maintenue, de ne faire que des présentations de fait, ce qui exclut les communications de métaphysique scientifique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

La *Société de Chirurgie de Paris* se réunit tous les mercredis, à 3 heures 1/2, rue de Seine, n° 12. Elle se déclare en vacances pendant les mois d'août et de septembre. Tous ses membres titulaires, sauf de trop rares exceptions (1), appartiennent au corps chirurgical des hôpitaux civils et militaires de Paris. Les membres correspondants nationaux sont des célébrités chirurgicales de la province et ont la direction des services chirurgicaux importants (maisons de santé ou hôpitaux) de nos grandes villes. — Président pour 1904, M. KIRMISSON ; secrétaire-général, M. SEGOND ; secrétaires, MM. FELIZET et TUFFIER ; trésorier, M. WALTHER ; archiviste, M. BRUN.

La Société de Chirurgie dispose de quatre prix : le prix Duval, le prix Laborie, le prix Gerdy et le prix Demarquay. Les deux premiers sont annuels, le troisième et le quatrième sont donnés tous les deux ans. Le prix Duval, de la valeur de 100 fr., a été fondé en 1854 à titre d'encouragement pour la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Sont seuls admis à concourir les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes titulaires dans les hôpitaux ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. Le prix Laborie, de la valeur de 1,200 fr., fondé en 1868, est décerné chaque année à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante. Le prix Gerdy, de la valeur de 2,000 fr., a été fondé en 1873. Le prix Demarquay est de la valeur de 650 fr. environ (intérêts d'une somme de 10.000 fr.). La Société doit indiquer la question à traiter par les concurrents. Le sujet est toujours donné deux ans à l'avance.

Pour plus de détails, voir le premier fascicule annuel des *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie*. Le *Progrès médical* publie très régulièrement le compte rendu détaillé des séances de cette Société, une des plus importantes de Paris, la seule Société purement chirurgicale de France, en dehors de l'*Association Française de Chirurgie*, qui se réunit tous les ans, et dont la dernière session vient d'avoir lieu à Paris.

(1) Cette Société, qui est une Société fermée, s'honorerait certainement en admettant dans son sein les chirurgiens parisiens qui ne font pas partie du corps chirurgical des hôpitaux, et qui cependant ont un nom fort honorablement connu.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

La *Société médicale des Hôpitaux* se réunit tous les vendredis, — excepté le 1er vendredi de janvier, le Vendredi-Saint, le 1er vendredi d'octobre et les 2 mois de vacances (août et septembre) qu'elle prend chaque année, — dans la salle des séances de la Société de chirurgie, rue de Seine, n° 12, à 4 h. 1/2 ; ces séances sont publiques. Les membres de cette Société sont les médecins des hôpitaux civils et les médecins de l'armée ayant un service dans les hôpitaux militaires de Paris. Les uns et les autres présentent les faits curieux de leur service, et ces faits sont souvent l'occasion de discussions intéressantes, surtout lorsqu'ils ont trait à des sujets encore à l'étude. C'est ce qui arrive principalement lorsqu'une question générale est mise à l'ordre du jour ; plusieurs membres de la Société traitent alors le sujet en détail et leurs mémoires sont discutés publiquement.

Les comptes rendus des séances sont publiés régulièrement dans le *Progrès médical*. — Président pour l'année 1904, M. Balzer ; M. Danlos, vice-président ; secrétaire général, M. Legendre ; secrétaires des séances, MM. Enriquez et Apert ; trésorier, M. Hudelo.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Cette société, fondée le 22 mars 1796, se réunit à 4 heures et demie les deuxième et quatrième samedis de chaque mois. dans la salle des séances de la Société de Chirurgie, 12, rue de Seine. Pour l'année 1904, le bureau est ainsi composé : Président : M. Tissier ; Vice-Président : M. Graux. Secrétaire général : M. Buret ; Secrétaires annuels : MM. Edmond Vidal et H. Monel. Archiviste : M. Mouzon. Trésorier : M. Brossard. — Le Conseil d'administration se compose de MM. Budin et Christian, assistant le Bureau ; et le Comité de publication : de MM. Millée, Dhomont, Coudray, Albert Weil, assistant le secrétaire général. Organe de publication : *Le Progrès Médical*.

Prix Duparcque. — En décembre 1905, dans sa dernière séance (2e samedi), la Société de médecine de Paris décernera le prix Duparque (*une somme de 1000 francs est disponible*) à l'auteur du meilleur mémoire en français sur « l'hygiène scolaire envisagée au point de vue strictement médical. » Les mémoires, inédits et non encore récompensés, devront être déposés au siége de la Société, 12, rue de Seine, ou chez le secrétaire général, 2. rue Casimir-Delavigne, avant le 1er octobre 1905, dernier délai. — Chaque mémoire sera désigné par une épigraphe ou devise écrite sur la première page, de la main de l'auteur, et accompagnée d'un pli cacheté : ce pli devra porter uniquement, à l'extérieur, la même épigraphe reproduite ; à l'intérieur, le nom et l'adresse de l'auteur. Tout concurrent qui se serait fait connaître d'une façon quelconque avant l'attribution du prix serait exclu de fait du concours. — Seuls, les membres titulaires et honoraires de la Société ne peuvent être admis à concourir.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE DE PARIS.

Cette Société, qui est autorisée depuis le 31 décembre 1852, a pour but de centraliser les études des médecins des bureaux de Bienfaisance de Paris, études ayant trait tant à des observations cliniques qu'à l'hygiène, la prophylaxie des maladies contagieuses et l'amélioration de l'Assistance médicale des classes pauvres des grandes villes. Cette Société qui, dans ces dernières années, a fait preuve d'une activité inaccoutumée, s'est plus particulièrement occupée de l'allaitement des nourrissons pauvres, de la prophylaxie de la tuberculose à Paris, de la lutte contre l'alcoolisme, de l'organisation de l'assistance médicale à domicile et des dispensaires à Paris. La Société se réunit le *second mercredi* du mois à l'*Hôtel de l'Assistance publique* (avenue Victoria). Président pour 1904 : M. Tournier ; Vice-présidents : MM. Jean Mallet et Bois ; Secrétaire-général : M. Billon ; Secrétaires : MM. Dauphin et Labady ; Trésorier : M. Chaumont ; archiviste : M. Yvon. Un bulletin publie tous les mois les travaux de la Société, sous la direction de M. Billon. Le *Progrès médical* signale, à l'occasion, les plus intéressants travaux de cette Société.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

La Société médico-psychologique se réunit le dernier lundi de chaque mois, rue de Seine, n° 12. Voici les prix que décernera cette Société en 1904 et en 1905.

Année 1905. — Prix Belhomme. 900 fr. — Question : *De l'association des idées chez l'idiot et l'imbécile*. — Prix Esquirol. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Moreau (de Tours). 200 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1903 et en 1904, devant les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

Prix Semelaigne. 500 francs. — *Des sorties à titre d'essai, au point de vue clinique, administratif et législatif.*

Année 1906. — Prix Aubanel. 1.000 fr. — Question : *Valeur diagnostique des symptômes oculaires aux différentes périodes de la paralysie générale, appuyée surtout sur les observations personnelles.*

Prix Esquirol. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Nota. — Les mémoires manuscrits ou imprimés devront être déposés le 31 décembre 1904 pour les prix à décerner en 1905 ; pour ceux à décerner en 1906, le 31 décembre 1905, chez M. le Dr Ant. Ritti, médecin de la maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société médico-psychologique. Les mémoires manuscrits devront être inédits, et pourront être signés ; ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresse des auteurs.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE.

La Société de Neurologie a été fondée, à Paris, en juin 1899. Elle a pour but de réunir, en assemblées périodiques, les médecins qui s'occupent des maladies du système nerveux. Elle se compose de membres titulaires et de membres correspondants.

La Société de Neurologie se réunit en séances publiques, le premier jeudi de chaque mois (excepté les mois d'août, septembre et octobre), dans l'Hôtel de la Société de chirurgie, 12, rue de Seine, à 9 h. 1/2 du matin. — Composition du bureau : Président, M. Déjerine ; vice-président, M. Brissaud ; secrétaire-général, M. Pierre Marie ; secrétaire des séances, M. Henry Meige ; Trésorier, M. Souques.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Les séances de la *Société de Médecine légale* (second lundi du mois, à 4 heures, au Palais de Justice, salle d'audience des référés) constituent de très intéressantes discussions auxquelles les étudiants, les médecins et les avocats trouveraient grand profit à assister. Aux deux dernières Expositions universelles, un *Congrès international de Médecine légale* a été organisé par les soins de la Société. Les plus importantes questions y ont été traitées. On en trouve le compte rendu dans des Bulletins spéciaux, édités l'un par l'Imprimerie nationale par les soins du ministère de l'agriculture et du commerce, l'autre par MM. Masson et Cie. Les Bulletins ordinaires de la Société sont publiés par la Société elle-même. Un des collaborateurs du *Progrès médical* fait le compte rendu de chaque séance dans le numéro qui suit : Président, : M. Motet, membre de l'Académie de médecine ; — secrétaire général, M. Constant, avocat à la Cour d'appel. — Le nombre des membres titulaires est de 60. [Quarante-cinq médecins, chimistes, biologistes, et quinze magistrats et avocats]. La Société est représentée en province par des membres correspondants, au nombre de cent.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE.

La Société d'Hypnologie et de Psychologie, fondée en 1889, pour l'étude des applications cliniques, médico-légales et psychologiques de l'hypnotisme, se réunit le troisième mardi de chaque mois, au Palais des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente. Les séances en sont publiques et suivies assidûment par de nombreux étudiants.

Le bureau pour l'année 1900-1901 est ainsi composé :

Président, M. Jules Voisin ; vice-présidents, MM. Boirac, L. Dauriac et P. Magnin ; secrétaire général, M. Bérillon ; secrétaire général adjoint : Paul Farez ; trésorier : M. Paul Farez : secrétaires des séances : MM. H. Lemesle. Julliot et Lépinay : comité de publication. MM. Babinski, Pottier, Valentino : commission de candidature : MM. Fiessinger et Le Menant des Chesnais, Félix Regnault.

Les noms des membres d'honneur, élus par la Société depuis la fondation : MM. Azam, Brouardel. Brown-Séquart, Charcot, Lombroso, Liébault, Mesnet, Charles Richet, Jules Soury, Hitzig, Enrico-Ferri, Tamburini, Kojenikow, Dumontpallier, Beaunis, Tarbe, Huchard, indiquent que les tendances scientifiques de la Société sont conformes aux plus saines traditions de la médecine philosophique.

Prix Liébeault. — Un prix fondé par le Dr Liébeault (de Nancy) sera décerné annuellement par la Société d'hypnologie et de psychologie à l'auteur de la meilleure thèse sur l'un des sujets sui-

vants : Hypnologie, psychothérapie. — Pédagogie, criminologie, folklore. — Psychologie physiologique et pathologique. Le prix Liébeault est de la valeur de 200 fr. Les thèses des Facultés des lettres, des sciences et de droit sont admises à concourir au même titre que celles des Facultés de médecine. Les thèses devront être adressées avant le 31 décembre de chaque année à M. le secrétaire général de la Société d'hypnologie et de psychologie, 4, rue Castellane, à Paris.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE ET DE RADIOLOGIE MÉDICALES.

Cette société, fondée en 1890, a pour but l'étude de l'électricité dans ses rapports avec la biologie, avec le diagnostic et la thérapeutique. Depuis la découverte de Rœntgen, elle s'occupe également des applications des rayons X au diagnostic et à la thérapeutique. Elle se réunit le troisième jeudi de chaque mois à la mairie du premier arrondissement à 8 h. 1/2 du soir. Chaque année, une ou plusieurs séances ont lieu dans un local approprié quand cela est nécessaire pour des expériences, des présentations d'appareils, etc. Elle publie chaque mois le *Bulletin officiel de la Société d'Electrothérapie* qui contient, dans une partie officielle, le compte rendu des séances et les communications *in extenso* ; dans la partie non officielle, les analyses des ouvrages d'électrothérapie, des travaux intéressants parus sur la matière en France et à l'étranger.

Le Bureau est ainsi constitué en 1904. — *Présidents d'honneur* : Professeur D'ARSONVAL, docteur TRIPIER. — *Président* : M. OUDIN. — *Vice-présidents* : MM. BÉCLERE et HUET. — *Secrétaire-général* : M. LAQUERRIÈRE, 2, rue de la Bienfaisance. — *Secrétaire général adjoint* : M. DELHERM. — *Secrétaires des séances* : MM. MOREL et MARQUE. — *Trésorier* : M. ZIMMERN. — *Archiviste* : M. BLOCH.

Cette société, dont l'importance scientifique s'accroît chaque année en raison des progrès des thérapeutiques physiques, compte parmi ses membres les spécialistes les plus autorisés de France et de l'étranger. — (La cotisation annuelle est de 20 fr. dont sont déduits des cachets de présence de 1 fr. Les membres se divisent en membres résidants, non résidants et étrangers.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET DE GÉNIE SANITAIRE.

Cette Société a été fondée, en 1877, sous le titre de Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, pour étudier et vulgariser toutes les questions d'hygiène. L'idée de ses fondateurs était d'appeler à collaborer à l'œuvre de véritable préservation sociale qu'elle entreprenait : les médecins, les physiciens et chimistes, les vétérinaires, les ingénieurs et architectes, les industriels, les administrateurs et les économistes, etc. Elle voulait créer en France un grand corps d'hygiénistes, d'ingénieurs sanitaires, qui ne se contenteraient pas d'une étude théorique mais qui aideraient à assurer pratiquement l'application des doctrines hygiéniques les plus certaines et des meilleures méthodes d'assainissement. Grâce à son active propagande, à l'organisation des Congrès d'Hygiène de Paris en 1877, 1889, et 1900, à la part qu'elle a prise aux Congrès internationaux dont elle a assuré la périodicité on peut dire qu'elle a réussi ; et quand on se rappelle l'exposition qu'elle avait organisée en 1886, avec le concours du Conseil municipal de Paris, et qu'on a vu au champ de Mars, l'Exposition d'Hygiène de 1896 à laquelle elle a pris encore une part active, on peut mesurer le chemin qu'elle a fait parcourir au *génie sanitaire* dans ces vingt dernières années.

Elle s'est fusionnée depuis un an avec la Société des architectes et ingénieurs sanitaires et porte le titre ci-dessus. Elle a été déclarée d'utilité publique.

Président : M. Jules SIGFRIED. Secrétaire-Général : M. A. J. MARTIN. — Secrétaires généraux adjoints : MM. Louis MARTIN et LAUNAY. — Secrétaires des séances : MM. DARRAS, DESCHAMPS, GARNIER et LE COPPEY.

Depuis sa fondation, elle a été présidée successivement par les représentants les plus éminents des sciences biologiques et des sciences économiques : Bouchardat, Gubler, H. Bouley, E. Trélat, J. Rochard, Brouardel, Wurtz, Proust, U. Trélat, Gariel, L. Colin, Grancher, Th. Roussel, Lagneau, Chauveau, Cornil, Levasseur, Pinard, Cheysson, Duclaux, Lucas-Championnière, Buisson, Landouzy, Laveran, Brouardel, Paul Strauss, LABITTE et dirigée par ses actifs secrétaires-généraux (Lacassagne, H. Napias, A.-J. Martin).

Pour faire partie de la *Société de Médecine publique et de génie sanitaire*, il faut être présenté par deux membres et payer la cotisation annuelle (20 francs).

Les séances ont lieu le *quatrième mercredi de chaque mois*, à l'Hôtel des Sociétés savantes, 8 h. 1/2 du soir. Les travaux de la Société sont publiés chaque mois par la *Revue d'hygiène et de Police sanitaire*. Le *Progrès médical* en fait un compte rendu régulier. Réunis en bulletin annuel, ces travaux forment aujourd'hui 18 volumes. — Tout ce qui concerne la Société de Médecine publique doit être adressé au secrétaire général : M. le Dr A. J. MARTIN, rue Gay-Lussac, 3 (Paris).

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE.

Cette Société a été fondée en 1877 par le Dr Prosper de Pietra Santa. Elle a pour but l'étude la plus variée et la vulgarisation la plus large des questions afférentes au bien-être de l'homme (individuel et social) et à la salubrité publique. Elle organise fréquemment des concours sur une question d'hygiène et publie ensuite une brochure faite avec les mémoires primés. Les séances ont lieu le deuxième vendredi de chaque mois à l'hôtel des Sociétés savantes, à 8 h. 1/2 du soir. Les travaux de la Société sont publiés chaque mois dans le *Journal d'Hygiène*. Pour en faire partie, il faut être présenté par deux membres et payer la cotisation annuelle (20 fr.). Tout ce qui concerne la Société doit être adressé au Secrétaire Général, M. A. Joltrain, 162, boulevard Pereire (Paris XVIIe arrondissement).

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Fondée en 1872 par un groupe de savants, parmi lesquels nous citerons Claude Bernard, Broca, Combes, Delaunay, Friedel, de Quatrefages, Wurtz, l'*Association française* fêtait, il y a quatre années, ses noces d'argent ; elle s'achemine progressivement et en prospérant de plus en plus vers ses noces d'or. Ouverte à toute personne qui, à un point de vue quelconque, s'intéresse à la science, elle exerce son influence par des Congrès annuels, par des dons en instruments et en argent.

Le nombre des adhérents atteint le chiffre de trois mille deux cents. Le capital s'élève aujourd'hui à plus de 1.500.000 francs. Chaque année, des subventions importantes sont accordées aux travailleurs (18.000 francs pour l'année 1903). Le total des dons distribués à ce jour s'élève à 400.000 francs. Dans le courant de 1887, l'Association scientifique, fondée par Leverrier, a fusionné avec sa sœur cadette, l'Association française, pour ne former qu'une seule et même société, n'ayant qu'une même pensée si bien exprimée par sa devise : « Par la science, Pour la Patrie. »

L'Association tient chaque année un Congrès dans une des grandes villes de France ; au début, c'était Bordeaux qui offrait à la jeune Société l'hospitalité la plus brillante, puis Lyon, Lille Nantes, Clermont-Ferrand, le Hâvre, etc. L'Exposition de 1878 fut une occasion toute naturelle de se réunir à Paris ; il en a été de même il y a douze ans, et le Congrès de 1889 a réuni un nombre exceptionnel de savants étrangers et de membres de l'Association. Le Congrès de 1900 s'est tenu à Paris également à cause de l'Exposition ; celui de 1901 s'est réuni à Ajaccio, celui de 1902, à Montauban, celui de 1903 à Angers et celui de 1904 à Grenoble.

En dehors de ces Congrès, où toutes les questions scientifiques peuvent être discutées dans 20 sections, l'Association s'efforce de faire connaître les progrès des sciences et de leurs applications dans des séries de conférences, les unes faites pendant la durée des Congrès, les autres au siège social à Paris pendant l'hiver.

Pour ces conférences, des cartes d'entrée sont attribuées à tous les membres de l'Association ; un certain nombre de cartes gratuites est mis chaque année à la disposition des étudiants des diverses Facultés.

La cotisation annuelle est de 20 fr. par an ; cette cotisation peut être rachetée moyennant une somme de 200 fr. ou par dix versements annuels consécutifs de 30 fr. Les comptes rendus de l'Association sont publiés après chaque Congrès et forment annuellement deux beaux volumes in-8o de 1.000 pages. Chaque Congrès est analysé dans le *Progrès médical*, pour ce qui concerne les sciences médicales et l'hygiène. Le Jury des récompenses de l'Exposition universelle de 1900 a décerné un Grand Prix à l'Association. En 1878 elle avait obtenu une médaille d'Or et en 1889 un Grand Prix.

Le bureau de l'Association pour l'année 1904-1905 est ainsi composé : *Président* : M. Alfred GIARD, de l'Institut, professeur à la Sorbonne ; — *Vice-Président* : M. LIPMANN, de l'Institut, professeur à la Sorbonne ; — *Président sortant* : M. C.-A. LAISANT, examinateur d'admission à l'Ecole Polytechnique ; — *Secrétaire* : M. Gaston SAUGRAIN, docteur en droit, avocat à la Cour d'appel de Paris ; — *Vice-Secrétaire* : M. Charles BOURLET, professeur au Lycée St-Louis et à l'Ecole des Beaux-Arts ; — *Trésorier* : M. Emile GALANTE, fabricant d'instruments de chirurgie ; — *Secrétaire du Conseil* : M. le professeur GARIEL, membre de l'Académie de médecine ; — *Secrétaire adjoint du Conseil* : M. le Dr CARTAZ, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le Congrès de 1905 se tiendra à Cherbourg et celui de 1906 à Lyon.

LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE POUR L'ÉTUDE DES QUESTIONS D'ASSISTANCE

Cette Société a été fondée en 1889 sous la présidence de M. Théophile Roussel. Assemblée mensuelle le quatrième mercredi de chaque mois, à l'exception des mois de juillet, août et septembre. Les membres paient une cotisation annuelle de 20 fr. qui leur donne droit au service gratuit de la *Revue Philanthropique* où paraît son bulletin sous le titre de *Revue d'Assistance*.

L'objet de cette Société est l'étude en commun des questions d'assistance publique et de bienfaisance privée. Son président, qui change tous les ans, est actuellement M. Ferdinand Dreyfus, et son secrétaire général M. Georges Rondel. Le siège social est 16, rue Miromesnil.

Les questions portées devant l'assemblée générale sont ordinairement discutées d'avance dans une des quatre sections ayant pour présidents respectifs : M. le Dr Billon, Mme Béquet de Vienne MM. Emile Ogier, et Derouin. Toute personne s'intéressant aux questions charitables et sociales peut être admise dans cette Société sur la présentation écrite de deux de ses deux membres, français ou étrangers.

COMITÉ NATIONAL ET INTERNATIONAL DES CONGRÈS D'ASSISTANCE PUBLIQUE ET PRIVÉE.

Cette double association, fondée en 1900, a pour président M. Casimir-Perier (Paris, 23, rue Nitot). Les membres se recrutent par cooptation. Elle a pour objet de provoquer et de favoriser la tenue des Congrès d'assistance et de bienfaisance. C'est sous ses auspices que s'est tenu en 1903 le Congrès national de Bordeaux et que se tiendra en 1905 le Congrès international de Milan (Italie) Elle a des correspondants dans la plupart des pays (Angleterre, Allemagne, Russie, Etats-Unis, Japon, etc.).

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE, DE THÉRAPEUTIQUE, ETC.

La *Société d'hydrologie* se réunit, comme la *Société de Chirurgie* rue de Seine n° 12. Ce local, moins exigu que l'ancien, permet à un certain nombre d'auditeurs d'assister aux séances de ces savantes Sociétés. L'intérêt que présentent *pour les étudiants* les discussions très instructives soulevées dans ces Sociétés sur les questions à l'ordre du jour, mériterait d'attirer un public plus nombreux.

La *Société de Thérapeutique* se réunit à la Faculté de Médecine (laboratoire de thérapeutique), le 2e et le 4e mercredi de chaque mois, de 4 à 5 heures. Le *Progrès* publie un compte rendu analytique des séances de cette Société. — Il existe encore d'autres *Sociétés médicales*, entre autres les *Syndicats médicaux*, traitant surtout des intérêts professionnels, les *Sociétés d'Arrondissement*, les *Sociétés médicales de prévoyance, d'assistance, de retraites, etc.*, qui, bien que présentant un grand intérêt au point de vue professionnel, sont moins directement intéressantes pour les étudiants au cours de leurs études.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

Cette société, fondée en 1808, se réunit à 4 h. 1/2 les 1er et 3e jeudis de chaque mois, à l'Hôtel des Sociétés savantes. Le bureau pour l'année 1904, est ainsi composé : *Président*, M. OZENNE ; *Vice-Président*, M. ROULIN; *Secrétaire général*, M. DIGNAT. — Organes de publications : Bulletin bi-mensuel, *Journal de Médecine de Paris*.

PRIX ALFRED GUILLON. — Ce prix, d'une valeur de 500 francs est décerné au meilleur travail sur les maladies des voies urinaires.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS

(Fondée en 1805.)

COMPOSITION DU BUREAU EN 1904 : *Président d'honneur* : M. Henri HUCHARD ; *Président* : M. LELU ; 1er *Vice-président* : M. DESNOS ; 2e *Vice-président* : M. RIBARD ; *Secrétaire général* : M. BOURSIER ; *Secrétaire général adjoint* : M. DEBRIGODE ; *Secrétaires annuels* : MM. GIGON, MINET ; *Trésorier* : M. JABOIN ; *Archiviste* : M. ROCHE ; *Référendaires* : MM. DESCROIZILLES, TRIPET.

Les séances se tiennent 29, rue de la Chaussée-d'Antin, au siège de l'Union des Femmes de France », les 2e et 4e lundis de chaque mois, à 5 heures. Les vacances ont lieu en août et septembre. Organes de publication : *Bulletin trimestriel* et *Bulletin médical*.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS.

Cette Société a été fondée le 5 février 1898. Les séances ont lieu le troisième jeudi du mois, à 3 h. 1/2 du soir, à la Clinique Tarnier, 89, rue d'Assas. Elle a pour président actuel le Dr BOISSARD ; pour secrétaire général, le Dr BAR. Le Comité de publication se compose de MM. Budin, Maygrier, Boissard et Bar. La Société est exclusivement obstétricale. Ses travaux sont publiés dans un Bulletin édité avec grand soin. Le *Progrès Médical* donne le compte rendu analytique des séances.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIE DE PARIS.

La Société d'obstétrique de gynécologie et de pédiatrie de Paris, qui *a pour but l'étude de ces trois branches médicales dans leurs rapports mutuels*, se compose de 44 *membres titulaires*, à savoir : 22 pour la section d'accouchements ; 12 pour la section de gynécologie ; 10 (4 chirurgiens et 6 médecins) pour la section de pédiatrie ; 20 *associés étrangers*, 40 *correspondants nationaux*, 50 *correspondants étrangers*. Le bureau pour l'année 1904 est ainsi constitué :

Président : M. KIRMISSON ; vice-président : M. L. CHAMPIONNIÈRE; secrétaire général : M. LEPAGE ; secrétaires annuels : MM. FAURE et RUDAUX ; bibliothécaire-archiviste : M. POTOCKI ; trésorier : M. CHAMPETIER DE RIBES.

Les séances sont publiques et ont lieu le deuxième lundi de chaque mois (à l'exception des mois d'août et de septembre), à 5 h. rue de Seine (Société de Chirurgie). Les comptes rendus de la Société sont publiés chaque mois par les soins des secrétaires de la Société, chez Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE.

Cette Société, fondée en 1899, se réunit le troisième mardi de chaque mois à 4 h. 1/2, à l'hôpital des Enfants-Malades. Président pour 1904 : M. MOIZARD ; vice-président : M. BROCA; Secrétaire général : M. L. GUINON. Trésorier : M. NOBÉCOURT ; Secrétaires des séances: MM. TOLLEMER et P. BEZANÇON.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE.

Cette société a été fondée en 1902, sous l'initiave du Pr R. Blanchard, de l'Académie de Médecine, dans le but de développer en France, le goût des études d'histoire de la médecine et des sciences. Le 1er bureau était ainsi constitué : Président : M. R. BLANCHARD. Vice-présidents : MM. MOTET, G. BALLET, DUREAU, TRIAIRE. Secrétaire général : M. A. PRIEUR ; Secrétaires : MM. MACAULIFFE et V. NICAISE. Archiviste : BELUZE. Trésorier : M. A. PRÉVOST.

SOCIÉTÉ CONTRE L'ABUS DU TABAC.

Fondée en 1867.—Siège social, 20 bis, rue Saint-Benoît, Paris (6e).

La Société contre l'abus du tabac a pour but de combattre l'abus du tabac chez les adultes, l'usage chez les enfants.

Le bureau gère la Société et se compose de MM. le général Lespeau (président), du Dr Georges Petit (secrétaire général) ; des Drs Magnan, Le Grix, Kortz, de MM. les Drs Colombel, Papillon, etc... La société organise un concours annuel et distribue les prix en séance solennelle. Le concours se divise en : prix de médecine, prix des instituteurs, prix de propagande, prix de mérite divers. Le programme est envoyé gratuitement à toute personne qui en fait la demande.

Toute personne, sans distinction de sexe, d'âge, de nationalité, d'opinions politiques, peut faire partie de la société. Chaque membre paie une cotisation annuelle de 10 francs : elle est réduite à 5 francs pour les ecclésiastiques, les instituteurs, les institutrices. La cotisation peut être rachetée à perpétuité par une somme de 100 francs une fois payée. La société public un journal paraissant tous les mois, il est envoyé à tous les sociétaires, et rend compte des travaux de la société ; il publie les ouvrages récompensés et toutes les communications intéressantes que l'on veut bien lui envoyer. Son journal fait l'échange avec tous les journaux qui le lui demandent. Tout membre nouvellement admis reçoit une carte de sociétaire, une lettre d'admission et un diplôme.

Toute demande de renseignements est accueillie favorablement; s'adresser à M. le Dr Georges PETIT, secrétaire général de la Société contre l'abus du tabac, 20 bis, rue Saint-Benoît, Paris.

ENSEIGNEMENT DE L'ANTHROPOLOGIE.

I. *Ecole d'Anthropologie de Paris* (Association pour l'enseignement des sciences anthropologiques, reconnue d'utilité publique comme établissement d'enseignement supérieur. Loi du 22 mai 1889.) 29e année (1904-1905). Ouverture des cours le vendredi 4 novembre 1904, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15. Directeur : M. le Dr H. Thulié. Professeur honoraire : M. A. Bordier.

Cours.

Anthropologie préhistorique. — M. L. Capitan, professeur, le samedi, à 4 heures. Les bases de la préhistoire : paléontologie (*fin*). Industrie et art.

Ethnologie. — M. Georges Hervé, professeur, le mardi à 5 heures. L'œuvre anthropologique d'Abel Hovelacque.

Ethnographie et Linguistique. — M. André Lefèvre, professeur, le mardi à 4 heures. La langue et la nation françaises. XIVe et XVe siècles.

(L'ouverture de ce cours sera annoncée ultérieurement.)

Anthropologie zoologique. — M. P.-G. Mahoudeau, professeur, le mercredi, à 5 heures. L'origine de l'homme. La généalogie des hominiens. Les mammifères (*fin*). Les Primates.

Anthropologie physiologique. — M. L. Manouvrier, professeur, le vendredi à 5 heures. Relations mutuelles de l'Anthropologie, de la Psychologie et de la Sociologie.

Technologie ethnographique. — M. Adrien de Mortillet, professeur, le mercredi à 4 heures. L'évolution de l'outillage dans le temps et dans l'espace.

Géographie anthropologique. — M. Franz Schrader, professeur, le vendredi à 4 heures. L'évolution dans le Milieu. Critique et définition de l'action du milieu planétaire.

Sociologie. — M. G. Papillault, professeur-adjoint, le lundi, à 5 heures. Méthode anthropologique, son exposé général et son application aux indigènes australiens.

Ethnographie. — M. S. Zaborowski, professeur adjoint, le samedi à 5 heures. Origines aryennes. Slaves, Lithuaniens, Finnois.

Anthropogénie et embryologie. — M. Mathias Duval, professeur.

Conférences.

M. le Dr R. Anthony. — Les caractères d'adaptation du système musculaire de l'Homme et des Anthropoïdes. Cinq conférences, les lundis 27 février, 6, 13, 20 et 27 mars 1905, à 4 heures.

M. René Dussaud. — La civilisation mycénienne et les récentes découvertes en Crète. Cinq conférences, les lundis, 7, 14, 21, 28 novembre et 5 décembre 1904, à 4 heures.

M. le Dr Huguet. — Superstitions, magie et sorcellerie en Afrique. Cinq conférences, les lundis, 23, 30 janvier, 6, 13 et 20 février 1905, à 4 heures.

M. le Dr Gustave Loisel. — Questions sexuelles. Cinq conférences, les mardis 24, 31, janvier, 7, 14 et 21 février 1905, à 4 heures.

M. le Dr Etienne Rabaud. — Anormaux et dégénérés (*suite*). Le Génie. Cinq conférences, les mardis 8, 15, 22, 29 novembre et 6 décembre 1904, à 4 heures.

M. le Dr A. Siffre. — La dent en anthropologie. Cinq conférences, les mardis 13, 20, 27 décembre 1904, 10 et 17 janvier 1905, à 4 heures.

M. Julien Vinson. — Les langues indo-européennes occidentales ; leur évolution, leur histoire. Cinq conférences, les lundis 12, 19, 26 décembre 1904, 9 et 16 janvier 1905, à 4 heures.

Les cours et conférences seront, lorsqu'il y aura lieu, accompagnés de projections.

Jours et heures des cours. — *Cours* : Lundi, 5 heures, M. Papillault. — Mardi, 5 heures, M. Hervé. — Mercredi, 4 h., M. de Mortillet ; 5 h. M. Mahoudeau. — Vendredi, 4 h., M. Schrader ; 5 h., M. Manouvrier. — Samedi, 4 h., M. Capitan ; 5 h., M. Zaborowski. — *Conférences* : Lundi, 4 h. MM. Dussaud, Vinson, Huguet, Anthony. — Mardi, 4 h., MM. Rabaud, Siffre, Loisel.

Les cours sont publics et gratuits. Les auditeurs qui se font inscrire au commencement de l'année scolaire peuvent obtenir un certificat d'assiduité délivré par le directeur et les professeurs dont ils ont suivi les cours.

Les principales leçons faites durant l'année scolaire paraissent dans la *Revue de l'Ecole d'Anthropologie*, publiée par les professeurs. — Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain. (Abonnement annuel, 10 fr.).

L'Ecole d'Anthropologie possède une collection d'anatomie comparée et d'objets préhistoriques servant aux cours. Elle conserve en outre la précieuse série de cerveaux appartenant à la Société d'Autopsie. Ces cerveaux sont étudiés et moulés dans le Laboratoire d'Anthropologie. Les autopsies sont faites sous la direction de M. le Pr Mathias-Duval, MM. le Dr Hervé et Mahoudeau. Les moulages sont faits par M. Flandinette.

II. *Société d'Anthropologie.* — Cette Société tient ses séances, qui sont publiques, les 1er et 3e jeudis de chaque mois, à 3 heures au 3e étage du bâtiment du musée Dupuytren. On y traite les questions les plus variées d'anatomie humaine et comparée, d'ethnographie, de géographie médicale, de démographie, de linguistique, d'archéologie préhistorique, etc., en un mot, tous les faits se rapportant à l'histoire naturelle de l'homme. La Société distribue des instructions aux voyageurs et missionnaires scientifiques. Elle possède une bibliothèque (plus de 8.000 ouvrages) ouverte au public le lundi de 11 heures à 6 heures. Président pour 1904 : M. Deniker. — Secrétaire général : M. Manouvrier. — Secrétaires annuels : Drs Anthony et Paul-Boncour. — Le *Progrès Médical* donne le compte rendu des séances et l'analyse des questions qui touchent plus particulièrement à la médecine.

La Société publie un *Bulletin Bimensuel* (abonnement annuel : 12 fr.).

Musée Broca. — Ce musée est situé au 3e étage du bâtiment du Musée Dupuytren. Il appartient à la Société d'Anthropologie, dont il renferme les collections, ainsi que celles du Laboratoire d'Anthropologie. Il possède environ 8.000 crânes et 200 squelettes humains, une importante collection de moulages de cerveaux, d'objets d'ethnographie et une grande quantité d'ossements et d'instruments préhistoriques. Il est ouvert au public les lundis, mercredis et vendredis, de 2 heures à 4 heures. Conservateurs : MM. Ed. Cuyer et A. de Mortillet.

ECOLE DE PSYCHOLOGIE

49, rue Saint-André-des-Arts, 49

(*Au Siège de l'Institut psycho-physiologique*).

L'Ecole de psychologie est destinée à fournir aux médecins et aux étudiants de toutes les Facultés un enseignement théorique et pratique sur les questions qui relèvent de l'hypnotisme, de la psychologie normale et pathologique, de la pédagogie suggestive, de l'anatomie et de la physiologie du système nerveux : Les cours à l'Ecole de psychologie sont publics.

Comité de Patronage : MM. Berthelot, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences ; Beaunis, professeur honoraire de la Faculté de Nancy ; Binet, directeur du laboratoire de psychologie à la Sorbonne ; Boirac, recteur de l'Académie de Dijon ; Lionel Dauriac, professeur honoraire de la Faculté de Montpellier ; Marcel Dubois, professeur à la Sorbonne ; Giard, professeur à la Sorbonne ; Guimet, directeur du Musée des religions ; Huchard, membre de l'Académie de médecine ; Ribot, professeur honoraire au Collège de France ; Albert Robin, membre de l'Académie de médecine ; Tarde, professeur au Collège de France ; Jules Voisin, médecin de la Salpêtrière.

Cours de 1905.

L'inauguration des cours aura lieu le mardi 10 janvier, à cinq heures, sous la présidence du professeur Berthelot, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences.

Hypnotisme thérapeutique. — M. le Dr Bérillon, professeur Objet du cours : 1° Les psychonévroses et leur traitement psychologique. Les lundis à cinq heures, à partir du lundi 16 janvier ; 2° les applications de l'hypnotisme à la pédagogie. Les jeudis à cinq heures, à partir du 12 janvier.

Hypnotisme expérimental. — M. le Dr Paul Magnin, professeur. Objet du cours : L'hypnotisme chez les hystériques : les contractures et les paralysies hystériques. Les lundis à cinq heures et demie, à partir du 16 janvier.

Hypnotisme sociologique et anthropologie. — M. le Dr Félix Regnault, professeur. Objet du cours : Le rôle social des religions. Les samedis à cinq heures, à partir du 15 janvier.

Psychologie normale et pathologique. — M. le Dr Paul Farez, professeur. Objet du cours : Les troubles du sommeil chez les enfants. Les mardis à cinq heures, à partir du 11 janvier.

Psychologie du criminel. — M. le Dr Wateau, professeur. Objet du cours : La législation comparée de l'enfance abandonnée ou coupable. Les vendredis à cinq heures et demie à partir du 13 janvier.

Psychiatrie. — M. le Dr Legrain, professeur. Objet du cours : Les formes curables de la folie. Les mardis à cinq heures et demie à partir du 12 janvier.

Anatomie et Psychologie comparées. — M. E. Caustier, professeur agrégé de l'Université. Objet du cours : Les fonctions psychiques dans la série animale. Les samedis à cinq heures et demie, à partir du 16 janvier.

Psychologie des animaux. — M. Lépinat, professeur. Objet du cours : L'intelligence et l'instinct. Les vendredis à cinq heures, à partir du 13 janvier.

Psychologie des dégénérés. — M. le Dr Binet-Sanglé, profes-

seur : Objet du cours : Les dégénérés mystiques. Les samedis à 5 h. et demie, à partir du samedi 15 janvier.

. *Psychologie de l'enfant.* — M. Baquer, professeur. Objet du cours : L'éducation des sourds-muets. Les jeudis à 5 h. et demie, à partir du jeudi 12 janvier.

Conférences pratiques d'hypnologie et de psychothérapie. — Les conférences cliniques sur les applications de l'hypnotisme à la psychothérapie et à la pédagogie reprendront le jeudi 19 janvier, à 10 heures du matin. Elles seront dirigées par les Drs Bérillon, Magnin et Paul Farez On s'inscrit les jeudis à l'Institut psycho-physiologique, 49, rue Saint André-des-Arts.

Association générale des Etudiants de Paris.

(Fondée en 1884.)

Reconnue d'utilité publique par décret du 25 *juin* 1891.

43, *rue des Ecoles et* 1, *rue de Latran* (Salle d'Armes).

Présidents d'honneur de l'Association :

1885-1889 Chevreul ; 1889-1895 Pasteur ; 1898 Lavisse.

But de l'Association. — L'Association a pour but : 1° de réunir les étudiants dans l'intérêt de leurs études ; 2° d'établir entre tous ses membres des liens de solidarité et de fraternité, afin de procurer à chacun aide et assistance. Dégagée de tout caractère politique ou religieux, elle s'efforce uniquement d'assurer à la communauté des Etudiants des avantages intellectuels et matériels de toute sorte ; elle ne restreint en rien l'initiative personnelle qu'elle développe au contraire en favorisant l'échange d'idées scientifiques et sociales entre des étudiants appartenant à tous les ordres d'études. L'administration appartient exclusivement à un Comité d'Etudiants français et majeurs élus par leurs camarades des différentes Ecoles. — *Conditions d'admission* : être Etudiant. Verser une cotisation annuelle de 18 francs.

Siège social ouvert tous les jours de 8 *h. du matin à minuit* : 43, rue des Ecoles : 1er étage : salle de conférences, salle de billard, fumoir ; 2e étage, bibliothèque générale (romans et revues), laboratoire de photographie, journaux, administration, caisse ; 3e étage, bibliothèque de droit, bibliothèque des lettres, bibliothèque des sciences politiques et de l'Ecole coloniale ; 4e étage, bibliothèque de médecine, bibliothèque des sciences, bibliothèque et laboratoire de pharmacie ; 1, rue de Latran, salles d'armes et d'hydrothérapie.

Facultés et écoles inscrites à l'Association : Facultés de droit, lettres, médecine, sciences, théologie protestante ; écoles de pharmacie, beaux-arts, polytechnique, centrale, coloniale, normale, conservatoire, des chartes, des constructions navales, des hautes-études (lettres et sciences), des langues orientales, du Louvre, des mines, des Ponts-et-Chaussées, de physique et chimie, des sciences politiques, supérieure de commerce, d'Alfort, des hautes-Etudes commerciales, dentaire, institut commercial, institut agronomique.

Avantages sociaux. — Bibliothèque, 25.000 volumes, 120 journaux quotidiens (Paris, province, étranger), 115 revues et journaux périodiques. Prêts à domicile. Conférences de droit, médecine (internat et externat des hôpitaux), pharmacie (internat des hôpitaux), sciences, lettres, promenades scientifiques, etc. Exercices de conversation en langues étrangères. Cours public de sténographie. Publications : Bulletin mensuel : l'*Université de Paris* ; Annuaire contenant tous les détails utiles sur les facultés et les écoles. Service médical gratuit, service gratuit de consultations juridiques. Remplacements, médecine et pharmacie. Fêtes amicales, mensuelles, gratuites.

Avantages matériels. — Théâtres, concerts, plus de 4.000 billets gratuits et de 8.000 billets à prix réduits ont été distribués dans l'année scolaire. Expositions, casinos, établissements thermaux, bals et fêtes : réductions ou entrées gratuites. Sports : club athlétique, jeux en plein air, vélocipédie, canotage, équitation, gymnastique, danse, escrime : prix très réduits. *Caisse de secours et prêts* sur simple signature aux membres de l'Association dans le besoin.

Avantages commerciaux. — Un service de remises commerciales analogue à celui des Sociétés coopératives est ouvert à tous les Etudiants. — Pour tous renseignements, s'adresser à l'Administration, 43, rue des Ecoles.

MM. les Abonnés sont priés de joindre à leur demande de renouvellement ou de changement d'adresse la bande du journal.

Association corporative des Étudiants en Médecine.

Siège : 21, R. Hautefeuille (près la Faculté de médecine).
Tél. 824-40.

L'association corporative des Etudiants en Médecine a été fondée le 12 juin 1902, dans le seul but d'aider à l'instruction et à l'éducation professionnelle de ses membres, ainsi que le prouve l'extrait suivant des statuts :

Article 1er. — 1° Etablir entre ses membres des liens de solidarité ; 2° Rechercher et mettre en œuvre les moyens utiles au développement moral de la profession ; 3° Transmettre aux autorités compétentes les vœux des étudiants en Médecine votés en Assemblée générale ; ces vœux ne pouvant s'appliquer à des questions étrangères aux intérêts scolaires et professionnels ; 4° Faciliter par tous les moyens possibles l'instruction professionnelle de ses membres ; 5° Etablir des liens plus étroits et une communication constante entre les professeurs, les médecins et les étudiants ; 6° Offrir aux Etudiants en Médecine de province et de l'étranger un centre d'appui et de solidarité, de faciliter leurs relations avec la capitale.

Article 5. — L'Association *n'a pas de président* ; elle est administrée par un comité de 20 membres tous égaux, élu pour un an.

Article 6. — Les membres du Comité prennent l'engagement de n'accepter aucune distinction honorifique pour services rendus à l'Association.

Ainsi l'Association se trouve dégagée des compétitions stériles pour lesquelles l'intérêt des membres d'un groupement peut être sacrifié ! Après s'être édifiée et avoir évolué dans le silence elle a obtenu ce résultat remarquable, de donner à ses adhérents en échange d'une cotisation de 10 fr. par an: *Des salles de travail* spacieuses et tranquilles, *des salles de conférences* particulières, *des salles de lecture* où peuvent être consultés tous les journaux, revues et périodiques médicaux, ainsi que les grands quotidiens de France et de l'Etranger. Une *Bibliothèque* contenant plus de 2500 volumes parmi lesquels tous les traités classiques, de médecine, de chirurgie, d'anatomie, d'obstétrique, de spécialités. Un *droguier*, *des squelettes*, etc. Un *laboratoire de photographie.* Un *service spécial de remplacements* et de postes médicaux. Des *conférences d'internat* régulières et très sérieuses qui sont faites par une vingtaine d'Internes des Hôpitaux. Des conférences sur le droguier, l'obstétrique, la médecine infantile, la physiologie, l'art dentaire, l'ophtalmologie, les matières du P. C. N., etc.

Les salles particulièrement bien aménagées et décorées (par des dons du ministère de l'Instruction publique et des beaux-arts) sont ouvertes de 9 heures du matin à minuit.

L'Association publie un *Bulletin mensuel*, qui, sous le nom de « *Revue de Déontologie et d'intérêts professionnels médicaux* », constitue une innovation des plus heureuses en littérature médicale puisqu'il est distribué gratuitement à tous les étudiants et qu'il traite de questions d'une importance capitale, jusqu'ici assez négligées : les devoirs et les droits professionnels. C'est la première publication qui, avec une telle extension (15 à 20000 exemplaires), se consacre uniquement à l'éducation professionnelle de l'étudiant et du jeune docteur en médecine. Les articles émanent pour la plupart de nos Professeurs.

Officiellement reconnue et représentée à toutes les grandes réunions médicales, l'A. C. E. M. forme un groupement nettement et heureusement corporatif composé de : membres actifs (10 fr. de cotisation par an) ; membres honoraires (20 fr. par an), membres bienfaiteurs (100 fr. une fois donnés), membres perpétuels (200 fr. une fois donnés) ; membres fondateurs (300 fr. au moins une fois donnés, ou donation, ou services rendus importants.)

En dehors des avantages professionnels, l'association donne à ses membres des réductions très importantes sur les prix des théâtres, chez de nombreux commerçants, libraires, restaurateurs, dans des salles d'armes et de boxe, etc. Une carte d'identité, avec photographie, est délivrée pour un an et assure les avantages indiqués.

AVIS

Thèses de doctorat. — *Nous appelons vivement l'attention de nos lecteurs sur la liste des thèses des différentes Facultés qui leur permet de se rendre compte des sujets traités récemment.*

Toutes les thèses de doctorat, dont il sera déposé deux exemplaires au bureau du journal, seront analysées.

INSTITUT MÉDICO-PEDAGOGIQUE POUR LE TRAITEMENT ET L'ÉDUCATION DES ENFANTS ARRIÉRÉS ET NERVEUX DES DEUX SEXES

A VITRY, PRÈS PARIS, 22, RUE SAINT-AUBIN

Médecin-Directeur : Dr BOURNEVILLE

L'**Institut médico-pédagogique** est destiné :

1° Aux enfants présentant de *l'instabilité mentale* et sujets à des *impulsions maladives* qui les empêchent, quoique possédant un certain développement de l'intelligence, de se soumettre à la règle des lycées ou des pensions, et qui ont par conséquent besoin à la fois d'une *méthode d'éducation spéciale* et d'une *discipline particulière ;*

2° Aux *enfants arriérés, faibles d'esprit* à tous les degrés ;

3° Enfin aux *enfants atteints d'affections nerveuses*, compliquées ou non d'accidents convulsifs.

Les enfants de ces diverses catégories forment des groupes tout à fait distincts.

De plus, chacun des groupes comprend des divisions et en particulier celui des enfants de la seconde catégorie, c'est-à-dire les enfants les plus gravement atteints.

Tous, depuis les plus malades jusqu'aux simples arriérés, sont l'objet d'un TRAITEMENT et d'une ÉDUCATION appropriés. A ceux-là, qui forment d'ailleurs la minorité, on apprend à se tenir debout, à marcher, à devenir propres. Les seconds, les plus nombreux, sont répartis en deux grandes divisions : l'une d'elles est composée des enfants les plus jeunes, qui sont confiés à des femmes (*petite école*) ; l'autre comprend les enfants les plus grands, les moins atteints dans leur intelligence ; ils sont confiés à des instituteurs (*grande école*). Nous avons introduit dans ces écoles la *méthode* et les *procédés de Seguin*, que nous avons modifiés, complétés et perfectionnés. Les *leçons de choses*, soit dans les classes, soit dans les jardins, qui ont été disposés dans ce but, soit par les projections, sont aussi variées et aussi fréquentes que possible. En un mot, tout est mis en œuvre pour l'ÉDUCATION INTELLECTUELLE des enfants.

L'Éducation physique occupe une large place dans notre organisation ; les *exercices de gymnastique* comprennent non seulement la gymnastique des mouvements à l'aide des appareils ordinaires, mais encore les exercices de la *gymnastique Pichery*. Ajoutons-y les exercices de danse et d'escrime. De nombreux procédés sont mis à contribution pour *l'éducation des sens*, et, dans ce but, nous avons recours à un grand nombre de jeux. L'*hydrothérapie* et les *bains* sont largement employés pour le plus grand bien des malades.

N.-B. — **L'Institut Médico-Pédagogique** est situé à **Vitry**, près Paris, 22, rue Saint-Aubin. Les enfants ont à leur disposition un parc de trois hectares. L'établissement, isolé des propriétés voisines, est pourvu d'*écoles*, de *gymnases*, de *bains*, d'un *service d'hydrothérapie*, de *salles de réunion*, etc. — On peut se rendre à L'Institut médico-pédagogique par les voitures de place et les tramways du Châtelet à Vitry et Choisy-le-Roi. S'adresser pour les renseignements à M. le Dr Bourneville, Paris, rue des Carmes, 14, où les familles seront reçues, *pour leur commodité*, les mercredi et vendredi de 1 heure 1/2 à 2 heures 1/2.

Le samedi (9 h.) est le jour consacré à recevoir les médecins qui désirent visiter le service des enfants de Bicêtre.

Association amicale des internes et anciens internes en médecine de Paris.

L'Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris a pour but de resserrer et de de perpétuer les liens qui se sont formés entre les internes des hôpitaux de Paris. Elle accorde des secours aux membres de l'Association, à leurs veuves, à leurs ascendants ou descendants, aux Internes ou anciens Internes n'appartenant pas à l'Association, à leurs veuves, à leurs ascendants ou descendants ; elle soutient de ses ressources et de son appui moral les collègues poursuivis en raison de leur qualité d'interne, elle accorde des prêts d'honneur aux Internes en exercice : le total de ces allocations a dépassé en 1903-1904 la somme de sept mille francs. L'Association organise tous les ans le banquet de l'Internat auquel peuvent prendre part les anciens Internes et les Internes en exercice.

Elle publie tous les trois mois un bulletin qui fait connaître les délibérations de son Comité. Elle a fondé un Office destiné à fournir des renseignements sur les places d'Internes vacantes et sur les clientèles et remplacements. Elle poursuit en ce moment le but de fonder une bibliothèque centrale de l'Internat.

Les Internes et anciens Internes comprennent la nécessité de ce groupement : les 77 adhésions nouvelles qui se sont produites depuis le début de l'année en sont la preuve.

HOTEL DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

Sociétés ayant leur siège à l'Hôtel des Sociétés Savantes : 28 rue Serpente et rue Danton.

Association française pour l'avancement des Sciences : Bureaux et Secrétariat. Président, M. Laisant ; Secrétaire du Conseil M. Gariel (C.-M.).

Société Entomologique de France : Séances les 2e et 4e mercredis de 8 à 10 heures du soir. Président, M. Brolemann ; Secrétaire, M. Allnaud ; Archiviste-Bibliothécaire, M. Léveillé.

Société de Médecine et de Chirurgie pratiques : Séances les 1er et 3e jeudis de 4 à 6 heures. — Président, M. le Dr Verchère ; Secrétaire, M. le Dr Dignat.

Société de Médecine vétérinaire pratique : Séance le 2e mercredi du mois de 3 à 6 heures. Président, M. Aulard; Secrétaire général, M. Rossignol.

Société centrale de Médecine vétérinaire : Séances les 2e et 4e jeudis de 2 h. à 6 h. Président, M. Raillet, Secrétaire général, M. Petit.

Société de Stomatologie : Séances le 3e lundi du mois de 8 à 10 h. du soir. Président, M. le Dr Cruet.

Société d'Ophtalmologie de Paris : Séances le 1er mardi du mois de 8 h. 1/2 à 10 h. 1/2 du soir. Président, M. le Dr Terson ; Secrétaire, M. Morax.

Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle : Secrétariat. Séances le 4e mercredi du mois, de 8 à 10 h. du soir. Président : M. Letulle ; Secrétaire général, Dr A.-J. Martin.

Société d'Otologie et de Laryngologie : (date à fixer). Président Dr Vacher ; Secrétaire : M. le Dr Joal.

Société française d'Ophtalmologie : Secrétaire du Comité, M. le Dr Duboys de la Vigerle.

Société Astronomique de France : Séance le 1er mercredi du mois, de 8 à 10 heures du soir. Président, M. O. Callandreau ; Secrétaire général, M. Camille Flammarion.

Association Polytechnique : Secrétariat. Séances le 1er jeudi du mois de 8 à 10 h. du soir. Président, Dr Brouardel ; Secrétaire général, M. Malétras ; Agent général : M. G. Bossu.

Société française de Navigation aérienne : Séances les 1er et 4e jeudis du mois, de 8 h. 1/2 à 10 h. 1/2 du soir. Président, M. Bordet ; Vice-Président, M. de Fonvielle ; Secrétaire général, M. Triboulet.

Société géologique de France : Président, M. Angaud ; Secrétaire, M. Moureaux.

Société de Statistique : Séances le 3e mercredi du mois, de 9 à 11 h. du soir. Président, M. le Dr Chervin ; Secrétaire général, M. Fléchey.

Société d'Hypnologie et de Psychologie : Séance le 3e mardi de chaque mois, à 4 heures 1/2. Président, M. le Dr Voisin. Secrétaire général, M. le Dr Bérillon.

Société des Chefs d'Institution : Président, M. Girard ; Secrétaire général, M. Bourgeon.

Société amicale des anciens Elèves de l'Association Polytehcnique : Président, M. Barré ; Secrétaire général, M. Saint-Romas.

Société pour l'instruction et la protection des Sourds-Muets : Vice-président, M. E. Grosselin.

Société météorologique de France : Séance le 1er mardi de chaque mois. Secrétaire général, M. Teisserenc de Bort.

Association sténographique unitaire : Séance le 20 de chaque mois. Président, M. Boutillier ; Secrétaire général, M. Lanissol.

Société pour la propagation des langues étrangères : Cours tous les soirs ; Directeurs : MM. Deniker, Schweitzer et Rauber ; Secrétaire général, M. Janot.

Œuvre de l'Orphelinat de l'Enseignement primaire : Président, M. Mézières ; Secrétaire général, M. Viénot.

Union des Syndicats médicaux de France : Président, M. le Dr Gairal, des Ardennes ; Secrétaire général, M. le Dr J. Noir.

Syndicat des Médecins de la Seine : Président, M. le Dr Séailles ; Secrétaire général, M. le Dr Bellencontre.

Union des Etudiants hellènes à Paris : Séances le 1er jeudi de chaque mois. Président, M. Triantaphylidès.

Société française de Tempérance : Séance le 1er mercredi de chaque mois à 4 h. Président, M. Cheysson ; Secrétaire général, M. Riémain.

Société centrale d'Apiculture et d'Insectologie : Séance le troisième mercredi de chaque mois, à 2 heures. Président, M. de Hérédia ; Secrétaire général, M. Sevalte.

Société de Sociologie de Paris : Séances le deuxième mercredi de chaque mois, à 8 heures du soir. Président, M. Levasseur. — Secrétaire général, M. R. Worms.

Association amicale des Elèves et anciens Elèves de l'Union française de la Jeunesse : Secrétariat. Président, M. Perdrix ; Secrétaire général, M. Mathieu.

Association centrale des Vétérinaires : Président, M. Saint-Yves Ménard ; Secrétaire général, M. Rossignol.

Société médicale des Praticiens : Président, M. le Dr Archambaud ; Secrétaire général, M. le Dr P. Barlerin.

Société zoologique de France : Bureaux, secrétariat et bibliothèque.

Association générale des Agents des Postes, Télégraphes et Téléphones : Bureaux et secrétariat.

Chambre syndicale des Instruments de précision : Président, M. Bail Lemaire ; Secrétaire, M. Vialle.

Collège libre des Sciences sociales : (secrétaire) : Directeur, M. le Dr E. Delbet, député ; Secrétaire, M. J. Bergeron.

Conférences des Avoués de 1re instance des Départements : Séance les 3e lundis de février et de juin, ainsi que le 7 et 8 octobre. — Président, M. Legrand, sénateur.

Courrier des Examens : Directeur, M. Naud.

Institut international des Infirmiers : Directeur, M. V. Giraud.

Société centrale des Architectes : Président, M. Nénot.

Société mutuelle des Clercs de Notaire : Bureaux ; Président, M. Genty ; Secrétaire, M. Dumat ; Agent général, M. Jullien ; tous les jours de 9 h. à 6 h.

Société française d'Hygiène : Séance le 2e vendredi de chaque mois. Président, M. Ladreit de La Charrière ; Secrétaire, M. A. Joltrain.

Société des Universités populaires.

Société d'Education sociale : Président, M. Léon Bourgeois, Secrétaire, M. le Dr Papillault.

Société de Kinésithérapie : Séance le 3e vendredi de chaque mois. Secrétaire, M. le Dr Mesnard.

Syndicat des Pharmaciens de France : Séance le 1er mardi de chaque trimestre et le 1er samedi de novembre.

Groupe parisien polytechnique : Séance le dernier mercredi de chaque mois.

Ligue Populaire pour le Repos du Dimanche : Bureaux. Président, M. Cheysson.

Ligue sociale d'acheteurs : Secrétariat. Présidente, Mme Klobb; Vice-présidentes : Mmes G. Brinaud et de Contenson; Secrétaire générale, Mme J. Brunhes : mardis et jeudis de 6 h. à 7 h.

Association amicale des anciens Elèves de l'Ecole de Physique et de Chimie industrielles de la ville de Paris : Bureaux et secrétariat.

La France Touriste : Bureaux.

Société pour le Développement de l'enseignement technique : Bureaux : Président, M. Paris.

Chambre syndicale des Peintres-Verriers français : Président, M. Gaudin.

Société de géomètres experts de France.

Société nationale des géomètres.

La Paix et le Désarmement par les Femmes. Réunion au mois de mai.

Société de Crémation : Président, M. le Dr Bourneville.

Société fédérale des Pharmaciens de France.

Syndicat des Vétérinaires de Seine-et-Oise.

Syndicat des Vétérinaires de Seine-et-Marne.

Société Amicale des Bureaux de Bienfaisances.

Société positiviste d'Enseignement, séances tous les vendredis à 8 h. 1/2 du soir.

Association professionnelle de sténographie française.

Manuel de technique des autopsies, par Bourneville et P. Bricon. (Voir à la fin du numéro.)

ECOLES DENTAIRES DE PARIS.

I. Ecole dentaire de Paris.

Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, reconnue d'utilité publique), 45, rue de la Tour-d'Auvergne et 5 bis, cité Milton.

Président-Directeur : Ch. GODON.
Directeur-adjoint : P. MARTINIER.
Secrétaire général : E. BAELEN.

Cette institution est la première école professionnelle fondée en France (en 1880). Elle se compose d'une école pour les étudiants en chirurgie dentaire et d'un dispensaire gratuit pour les malades. Elle est soutenue par l'Association générale des dentistes de France. La ville de Paris, le département de la Seine et le Gouvernement la subventionnent annuellement et les ministres de l'Instruction publique et du Commerce lui accordent des prix. L'école délivre un diplôme spécial après *quatre années d'études*. Les décrets réglementant les conditions d'études de l'art dentaire l'ont reconnue comme *école préparatoire au diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste*, pour lequel elle délivre les incriptions réglementaires.

L'*enseignement* est divisé en deux parties : l'une *théorique*, l'autre *pratique* ; il est médical et technique et réparti en quatre années. Les cours théoriques ont lieu le soir de 5 à 7 heures. *Cours de 1re année* : Physique, métallurgie et mécanique appliquées, chimie appliquée, éléments de bactériologie, anatomie comparée, descriptive et biologie, dissection ;) éléments de dentisterie de pathologie, de thérapeutique, d'antisepsie et de prothèse ; — *Cours de 2e année* : Anatomie et physiologie de la bouche et de ses annexes, physiologie, dissection, pathologie interne et externe générale et spéciale, bactériologie spéciale, thérapeutique et matière médicale, dentisterie opératoire, prothèse dentaire ; — *Cours de 3e année* : 1e Anatomie et physiologie spéciales ; 2e pathologie interne générale et spéciale (affections de la bouche) ; 3e pathologie externe générale et spéciale (affections de la bouche) 4e pathologie dentaire ; 5e thérapeutique et matière médicale ; 6e thérapeutique spéciale ; 7e dentisterie opératoire ; 8e anesthésie ; 9e prothèse ; 10e dissection ; 11e droit médical dans ses rapports avec l'art dentaire. — *Cours de 4e année* : Anatomie dentaire, pathologie spéciale, pathologie dentaire, thérapeutique spéciale, dentisterie opératoire, anesthésie, prothèse restauratrice et orthopédique (cette année est exclusivement consacrée à l'enseignement technique).

Professeurs : MM. Barrié, Bezançon, Blocman, Bonnard, Frey, Friteau, Godon, Grimbert, Heidé, Jean, Julien, Launois, Lemerle, Loup, Marie, Marié, Martinier, Monnet, Pinet, Richard-Chauvin, Retterer, Ronnet, Roy, Sauvez, Sébileau, Serres, Touchard, Viau, Worms.

Professeurs suppléants : MM. Billet, Chapron, Choquet, d'Argent, de Croës, Delair, Mendel-Joseph, Touvet-Fanton.

Chefs des travaux pratiques : MM. Cecconi, Ledoux, Mulot.

Chefs de clinique : MM. Audy, Baelen, Blatter, Bert, Devoucoux, Fouques, Jeay, Mahé, Maire, Paulme, Ronnet (A.), Stévenin.

Démonstrateurs et préparateurs des cours : MM. Amen, Boileau, Borcier, Cahen, de la Loge, Delaunay, Desforges, Fournier, Guillemin, Houdoux, Knodler, Lalement, Leconte, Lemaire, Lemerle fils, Manteau, Pelissier, Penhold, Staviski, Villain.

Démonstrateurs journaliers de dentisterie opératoire : MM. Blatter, Péré, Rozenberg.

Démonstrateur journalier de prothèse : M. Jouard.

Pour suivre les cours, il faut être âgé de 17 ans au moins. Les étrangers et les dames sont admis. Les droits sont de 500 francs chaque année. L'École ne reçoit que des élèves externes.—Pour tous renseignements, s'adresser à l'Administration, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris.

II. Association de l'Ecole Odontotechnique (1).

Président du Conseil d'administration : F. DUCOURNAU.

Cette association scientifique et philanthropique a été fondée en 1878 pour le relèvement scientifique et moral de l'art dentaire en France, et comporte comme mode d'action un enseignement théorique et pratique spécial représenté par une Ecole dentaire avec dispensaire gratuit pour les maladies des dents. Son siège social est rue Garancière, 5.

Dès son début, cette école dentaire s'est placée sous le haut patronage d'un conseil scientifique composé d'hommes éminents, tels que MM. les professeurs Brouardel, Richet, Guyon, Duplay, Fournier, Proust, Gariel, Tillaux.

(1) Reconnue comme *établissement d'utilité publique* par décret du 22 mars 1892.

Ecole et Clinique dentaires.

Directeur : M. le Dr QUEUDOT. Directeur-adjoint : M. HIVERT.

Professeurs de clinique : Lundi, M. Rodolphe. — Mardi, M. le Dr Page, — Mercredi, M. le Dr Siffre. — Jeudi, M. Ducournau, M. Bruel. — Vendredi, M. Hivert, Papillaud — Samedi, M. Berlioz, prof.

Chefs de clinique : MM. Barrellier (J.), Leproust, Vauthier, H. Fort, Hervochon, Jannot, Fontanel, Lambert, Laurays, Dauzier, Verdier, Bertrand (R).

Professeur de prothèse : M. Maleplate, de 8 heures à 10 heures. Chefs de clinique ; M. Le Boucher, Guiard, Pigot.

Professeurs de dentisterie opératoire (cours théoriques et pratiques) : Lundi et mercredi, de 8 à 10 h. — MM. le Dr Queudot, Bertrand, les mardi et jeudi de 8 à 10 h. — M. le Dr Frison. — M. le Dr Amoedo, mardi, de 8 à 10 h. — M. Neech (Edouard), M. Astié (G.), M. Grimaud, vendredi de 8 à 10 h. — M. Freson le samedi de 8 h. à 10 h.

Cours théoriques du soir (de 8 à 10 heures).

Professeur d'anesthésie : M. Darin, samedi, à 6 heures.— M. le Dr Rovillain, professeur suppléant. — *Pathologie et thérapeutique buccales* : M. le Dr Lebedinsky, professeur, vendredi, de 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2. — *Anatomie et physiologie* : M. le Dr Rousseau, professeur, lundi et vendredi à 6 heures ; M. le Dr Lyon, professeur suppléant. — *Physique, chimie*, etc., M. le Dr Viron, lundi et jeudi à 5 heures ; M. Charon, professeur suppléant. — *Pathologie et thérapeutique dentaires* : MM. Dr Queudot, Hivert, Dr Lebedinsky, mardi, de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2. — *Pathologie et thérapeutique générales* (Éléments de) : M. le Dr Lebedinsky, professeur. Mardi, à 9 h. 1/4. — *Dissection* : M. le Dr Rousseau et M. le Dr Lyon, vendredi, à 5 h.— *Micrographie* : M. le Dr Rabaud. Jeudi de 9 h. à 11 h., le mardi, à 5 h. 1/2 ; préparateur, M. Franchette. — *Bactériologie*. M. le Dr Rabaud, avec la collaboration de M. Franchette. — *Mécanique et physique appliquées, prothèse et mécanique dentaires* : M. Franchette, prof., mardi, à 10 h. 1/2. — *Hygiène et déontologie* : M. le Dr Pasquet, le samedi, à 5 heures. —*Laboratoire de prothèse* : Tous les jours, de 2 h. à 6 h. du soir. de 8 à 10 h. du matin.

Bibliothécaire et conservateur du Musée : M. le Dr PASQUER.

III. Ecole dentaire Française.

L'École Dentaire Française a son siège au 29 du boulevard Saint-Martin, près de la place de la République, dans de vastes locaux formant pavillon indépendant, aménagés tout spécialement à fin d'Ecole Dentaire ; les élèves y trouvent par conséquent espace, aération, lumière, etc.

Reconnue conforme à l'art. 4 de la loi du 12 juillet 1875 et à l'article 1er du décret du 25 juillet 1876, a été autorisée à fonctionner par lettre de M. le Ministre de l'Instruction Publique en date du 25 novembre 1896.

L'*Ecole Dentaire Française* donne l'enseignement dentaire classique pour les examens de la Faculté de Médecine, en vue d'obtenir le diplôme de Chirurgien-Dentiste, aux élèves des deux sexes. Le programme officiel est complètement enseigné. Les cours théoriques sont faits exclusivement par des docteurs professeurs aux Facultés de Médecine et de Sciences. Les travaux pratiques ont lieu tous les matins à la clinique quotidienne de l'Ecole et dans les cliniques des hôpitaux ; ils sont dirigés par des docteurs spécialistes en art dentaire et par des chirurgiens dentistes de la Faculté. Les cours théoriques ont lieu tous les soirs de 6 à 7 heures. La durée des études est de trois ans, conformément à la loi. L'Ecole reçoit aussi des élèves libres pour la totalité ou partie des études. Les étrangers y sont reçus sans majoration de prix de la scolarité.

La Prothèse dentaire, si intéressante à tous égards, est enseignée d'une façon effective et pratique. L'annexe : *Ecole de Prothèse*, ou mécanique dentaire, reçoit aussi des élèves en prothèse. Des règlements intérieurs, appropriés à l'âge de MM. les Elèves, assurent l'ordre, la régularité des travaux, le bon fonctionnement des différents services.

Corps enseignant. — Professeurs : MM. les docteurs : Alexandre (G.) ancien interne des hôpitaux ; Anglas. docteur ès sciences préparateur à la Fac. des sciences (P. C. N.) ; Billon-Daguerre, élec.-thérap.-radiographe des hôpitaux ; Diamantberger ✿, médecin suppl. à l'hôpital Rotschild ; Iscovesco, ✿ ancien interne des hôpitaux ; Kahn, ancien interne des hôpitaux, préparateur d'histologie à la Faculté de med. ; Labady (C.), ancien interne des hôpitaux, médecin de l'Assistance publique ; Lacaze ✿, chirurgien à l'Hôpital internat. ; Loisel ✿, chirurgien à l'Hôpital internat. licencié en droit ; Petit (Georges), ancien prosecteur aux amphithéâtres de dissection des hôpitaux ; de Ribaucourt, docteur ès sciences, préparateur à la Fac. des sciences (P.C. N.) ; Rousseau chirurgien-dentiste des hôpitaux de l'Etat ; Weber ancien interne des Hôpitaux, préparateur d'Histologie à la Faculté.

Chefs de clinique : MM. les docteurs et chirurgiens dentistes de la Faculté de méd. de Paris : Bertrand, Devauchelle, Dejean, Fourcade, Hélot, docteur Jaïs, Fuchs, Guillaumin, le Boucher, Mercadier, Montambert, Pottier, Rebel, Mademoiselle M., Rousseau, docteur Rousseau, Sorrè. — Directeur général, docteur Rousseau ; censeur des études, docteur Petit.

La clinique quotidienne est permanente. Les cours théoriques commencent en novembre pour se terminer en juillet.

IV. — Ecole pratique d'odontologie et de stomatologie
3e année.

Enseignement spécial de la chirurgie dentaire aux docteurs en médecine.

Programme 1904-1905. — I. Cours complet pour les docteurs en Médecine voulant exercer spécialement l'art dentaire. Durée minima, 3 mois. Ce cours comprend : *a*) Travaux pratiques de dentisterie sur mannequin ; *b*) Travaux pratiques de prothèse au laboratoire ; *c*) Clinique. Ce cours commence au gré de l'élève. L'élève est pris de 9 h. à 11 h. et de 2 h. à 6 h., tous les jours, sauf le mercredi matin et le samedi soir.

II. Cours de dentisterie opératoire sur mannequin pour les docteurs en médecine voulant ajouter à la médecine générale la pratique des opérations courantes de chirurgie dentaire. Ce cours est fait en huit leçons et en une semaine, environ 2 heures de travaux pratiques par jour. — 1re série, le 14 novembre ; 2e série, le 12 décembre.

III. Cours libre de dentisterie opératoire. Ce cours est le même que le précédent, mais il est fait dans un trimestre, deux dimanches par mois. Il est gratuit. Se faire inscrire seulement à l'avance. — Il y aura deux séries . la 1re série, les dimanches 6 et 20 novembre, 4 et 18 décembre, 8 et 12 janvier. — La 2me série, les dimanches 5 et 19 février, 5 et 19 mars 2 et 16 avril 1905.

IV. Conférences hebdomadaires de Chirurgie dentaire. Une série de vingt conférences libres et gratuites sera faite tous les vendredis à 10 h. 1/2, du vendredi 11 novembre au vendredi 7 avril (excepté le 30 décembre et le 6 janvier 1905). Conférences théoriques et cliniques. Présentation de malades. Démonstrations pratiques (1).

V. — Cours de vacances, à Pâques et en septembre. Environ dix leçons de chirurgie dentaire pour les docteurs en médecine. Une note ultérieure donnera tous les renseignements sur ces Cours. La Clinique de l'E. P. O. S. reçoit et traite gratuitement les malades, ce qui assure aux élèves une instruction pratique très complète. L'enseignement est réservé aux docteurs et aux étudiants en Médecine (2).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Doyen honoraire : M. Vialleton.
Professeurs honoraires : MM. Jaumes, Paulet, E. Bertin-Sans
Doyen : M. le prof. Mairet.
Année scolaire 1904-1905.

Semestre d'hiver : *Du 3 novembre au 2 mars.*

Cours.

Anatomie : M. Gilis, professeur, lundi, mercredi et vendredi à 4 heures. Anatomie topographique : régions de la tête (suite et fin). — *Anatomie* : M. Rouvière, chef de travaux (chargé de fonctions) mardi, jeudi et samedi à 4 heures, Anatomie descriptive : Les centres nerveux. — *Anatomie* : M. Rouvière, prosecteur, tous les jours à 10 heures. Anatomie descriptive : angéiologie. — *Physiologie* : M. Hédon, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 5 heures. Physiologie des centres nerveux. — *Physique biologique* : M. A. Imbert, professeur, lundi, mardi, mercredi, à 10 heures. Physique appliquée au diagnostic et au traitement des maladies (Hôpital Suburbain). — *Chimie biologique* : Moitessier, agrégé, jeudi et samedi à 2 heures. Liquides de l'organisme. — *Pathologie externe* : M. De Rouville, agrégé, mardi, jeudi et samedi à 4 heures. Maladies des femmes. — *Accouchements* : M. Vallois, agrégé, lundi, mercredi et vendredi à 2 heures. Dystocie maternelle et fœtale : difficultés et accidents de la délivrance. — *Pathologie interne* : M. Ducamp, professeur, lundi, mercredi et vendredi à 5 heures. Maladies des appareils circulatoire et respiratoire. — *Anatomie pathologique* : M. Bosc, professeur, mardi, jeudi et samedi à 5 heures. Etude des processus généraux dans les maladies aiguës et chroniques. — *Thérapeutique et matière médicale* : M. Hamelin, professeur, mardi, jeudi et samedi à 2 heures. Médications s'adressant aux éléments morbides : indications à remplir et moyens thérapeutiques (suite et fin). — *Histoire naturelle médicale* : M. Galavielle, agrégé, lundi, mercredi et vendredi à 3 heures. Les végétaux utilisés en médecine. — *Enseignements divers* : M. Bourgin, professeur au lycée, vendredi à 5 heures. Allemand. Préparation à l'École du service de santé militaire de Lyon (hiver et été).

Semestre d'été : *Du 3 mars au 31 juillet.*

Cours.

Histologie : M. Vialleton, professeur, lundi, mercredi et vendredi à 2 heures. Les feuillets blastodermiques et l'origine des tissus Les tissus. — *Physiologie*: M. Poujol, agrégé, lundi, mardi et mercredi à 5 heures. Respiration. Nerfs périphériques. — *Chimie biologique* : M. Ville, professeur, lundi, mercredi et vendredi à 3 heures. Aliments et digestion. — *Physique biologique* : M. Gagnière, agrégé, jeudi et samedi à 3 heures. Action des agents physiques sur les êtres vivants. — *Anatomie* : M. Grynfeltt, agrégé, lundi, mercredi et vendredi à 4 heures. Splanchnologie. — *Pathologie externe* : M. Soubeiran, agrégé, mardi, jeudi et samedi à 4 heures. Questions diverses. — *Médecine opératoire* : M. Estor, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 5 h. Chirurgie de l'abdomen. — *Pathologie générale* : M. Raymond, agrégé, lundi, mercredi et vendredi à 4 heures. L'évolution de la maladie : marche, durée, terminaisons, complications. Questions de séméiologie médicale. — *Pathologie interne* : M. Raymond, agrégé, lundi, mercredi et vendredi à 2 heures. — — *Histoire naturelle médicale* : M. Granel, professeur, mardi, jeudi et samedi à 3 heures. Maladies parasitaires ; parasites animaux et végétaux. — *Microbiologie* . M. Rodet, professeur, lundi, mercredi et vendredi à 3 h. Microbiologie générale. — *Hygiène* : M. Bertin-Sans, professeur, lundi, mercredi et vendredi à 2 heures. Prophylaxie des maladies transmissibles. Hygiène urbaine. — Hygiène scolaire. — *Médecine légale* : M. Sarda, professeur, mardi, jeudi et samedi à 5 heures. Les blessures, l'homicide, le suicide. — *Chimie pathologique* : M. Moitessier, agrégé, lundi, mercredi et vendredi à 10 heures. Exercices de chimie clinique, à l'hôpital, toute l'année.

Cliniques

Cliniques magistrales (*Hiver et Eté*).

Clinique interne : MM. Grasset et Carrieu, tous les jours à 8 heures, Hôpital Saint-Eloi suburbain. — *Clinique externe* : MM. Tédenat et Forgue, tous les jours à 8 heures. Hôpital Saint-Eloi suburbain. — *Clinique obstétr. et gynécologique* : M. Grynfeltt. (Vallois, agrégé, chargé de cours), tous les jours à 10 heures. Clinique obstétricale. Maternité. — *Maladies mentales et nerveuses*. M. Mairet, lundi, mercredi et vendredi à 9 heures. Asile public des aliénés, Hôpital Général. — *Maladies des yeux* : M. Truc, tous les jours à 9 heures. Hôpital Général. — *Maladies des enfants* : M. Baumel, tous les jours à 8 heures. Hôpital Saint-Eloi suburbain.

Cliniques annexes (*Hiver et Eté*).

Chirurgie des enfants : M. Estor, professeur, tous les jours à 8 heures. Hôpital Saint-Eloi suburbain. — *Maladies syphilitiques et cutanées* : M. Brousse, agrégé, chargé de cours, tous les jours à 8 heures. Hôpital Saint-Eloi suburbain. — *Maladies des vieillards* : M. Rauzier, agrégé, tous les jours à 8 heures. Hôpital Général.

Cliniques propédeutiques (*Hiver et Eté*).

Hiver. — *Médecine* : M. Ardin-Delteil, agrégé, mercredi et samedi à 9 h. Hôpital général. — *Chirurgie* : M. Jeanbrau, agrégé, mardi et vendredi à 10 heures. Hôpital général. — *Maladies syphilitiques et cutanées* : M. Brousse, agrégé, mardi à 10 heures. Hôpital général. — *Accouchements, maladies des femmes* : M. Guérin, agrégé, chargé de cours, jeudi à 9 heures. Clinique d'Accouchements. — Eté. — *Maladies des yeux* : M. Truc, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 8 h. Hôpital général. — *Maladies des enfants* : M. Baumel, professeur, lundi et vendredi, à 10 heures. Hôpital général. — *Maladies des vieillards* : M. Rauzier, agrégé, mercredi, à 10 heures. Hôpital général. — *Maladies du larynx, du nez et des oreilles* : M. Hédon, professeur, jeudi à 10 heures. Hôpital Général. — *Maladies des voies urinaires* : M. L. Imbert, agrégé, lundi, jeudi et samedi à 10 heures. Hôpital général.

Travaux pratiques obligatoires.

Hiver. — *Anatomie* : M. Rouvière, chef des travaux. Tous les jours : 1re année, le matin, de 8 à 11 h. ; 2e année : de 1 à 3 h. — *Chimie biologique* : M. Derrien, chef des travaux, lundi, mercredi

(1) *Programme des 20 conférences.* — 1, 2 : Anatomie dentaire macroscopique et microscopique ; — 3, 4, 5 : La carie ; — 6 : Complications locales de la carie du 4e D. ; — 7, 8, 9, 10 : Thérap. de la carie ; — 11 : Thérap. des complications locales ; — 12 : L'obturation et les subst. obturatrices ; — 13, 14 : L'aurification, le bloc fondu ; — 15 : L'obturation par bloc céramique ; — 16 : L'empreinte, le modèle ; — 17, 18 : Les anomalies dentaires ; — 19, 20 : Traitement préventif et curatif des anomalies.

(2) Pour tous renseignements, écrire au docteur Siffre, à l'E.P.O.S., 2, rue Huyhgens (coin des boulevards Raspail et Montparnasse, XIVe arrond.), ou verbalement, le vendredi, à 9 heures.

etvendredi de 1 heure à 3 h. Institut de biologie (2ᵉ année). — *Anatomie pathologique* : M. Vedel, chef des travaux, mardi et vendredi, à 12 heures 1 2. Exercices au laboratoire (de midi à deux heures), 3ᵉ et 4ᵉ année. — *Physique appliquée à la clinique*: M. Marques, chef de laboratoire, lundi, mercredi et vendredi à 10 heures 1 2. Hôpital suburbain. — *Chimie appliquée à la clinique* : M. Moitessier, chef de laboratoire, lundi, mercredi et vendredi à 10 heures. Exercices de chimie clinique, le matin, à l'hôpital. — *Ophtalmologie* : M. Truc, professeur, vendredi de 5 à 7 heures. Institut d'ophtalmologie (hiver et été).— Été. — *Histologie* : MM. Vialleton, prof., mardi, mercredi, jeudi, vendredi et samedi, de 9 heures à 12 heures. (1ʳᵉ année), laboratoire d'histologie. — *Histologie* : M. Grynfeltt, chef des travaux, lundi, mercredi et vendredi de 5 h. à 6 h. (2ᵉ année). Laboratoire d'histologie — *Physiologie* : M. Poujol, chef des travaux, jeudi, vendredi et samedi de 4 h. à 5 h. Institut de biologie (1ʳᵉ année, 2ᵉ année). — *Physique biologique* : M. Gagnière, chef des travaux, lundi, mercredi et vendredi de 1 h. à 3 h. Institut de biologie (2ᵉ année). — *Médecine opératoire* : M. Rouvière, chef des travaux, lundi, mercredi et vendredi de 1 heure à 3. Pavillon anatomique (3ᵉ année). — *Microbiologie* : M. Lagriffoul, chef des travaux, mardi, jeudi et samedi de 1 heure à 2. Institut de biologie (3ᵉ et 4ᵉ années).

Sages-Femmes.

2ᵉ Année : M. Guérin, agrégé, chargé de cours, mercredi et vendredi à 9 heures. Théorie et pratique des accouchements. — 1ʳᵉ année : M. N... mardi et samedi à 2 heures. Anatomie et physiologie élémentaires, pathologie élémentaire.

Division des études.

Semestre d'hiver. — 1ʳᵉ *Année*. Cours d'anatomie, de physiologie ; Travaux pratiques d'anatomie. — 2ᵉ *Année* : Cliniques ; Cours d'anatomie, de physiologie ; Travaux pratiques d'anatomie, de chimie biologique. — 3ᵉ *Année* : Cliniques ; Cours de pathologie externe, d'accouchements, de pathologie interne, d'anatomie pathologique, d'histoire naturelle médicale ; Travaux pratiques d'anatomie pathologique. — 4ᵉ *Année* : Cliniques ; Cours de pathologie externe, d'accouchements, de pathologie interne, d'anatomie pathologique, de thérapeutique et matière médicale, d'histoire naturelle médicale, de physique appliquée au diagnostic et au traitement. Travaux pratiques d'anatomie pathologique.

Semestre d'été. — 1ʳᵉ *Année* : Cliniques ; Cours d'histologie de physiologie, de physique biologique, de chimie biologique ; Travaux pratiques d'histologie, de physiologie. — 2ᵉ *Année*. Cliniques ; Cours d'histologie, de physiologie, de chimie biologique, de physique biologique ; Travaux pratiques d'histologie, de physiologie, de physique biologique. — 3ᵉ *Année* : Cliniques ; Cours de pathologie externe, de médecine opératoire, de pathologie interne, de pathologie générale, de parasitologie, de microbiologie; Travaux pratiques de médecine opératoire, de microbiologie. — 4ᵉ *Année*. Cliniques ; Cours de pathologie externe, de médecine opératoire, de pathologie interne, de pathologie générale, de microbiologie, de parasitologie, d'hygiène, de médecine légale, de physique appliquée au diagnostic et au traitement ; Travaux pratiques de médecine légale. — *Ecole du service de santé militaire*. Un enseignement préparatoire au concours d'admission est donné pendant l'année scolairesous la direction des professeurs de la Faculté.

Renseignements divers

Prix décernés annuellement par la Faculté. — Prix de 1ʳᵉ année. Médaille d'argent et 100 francs de livres. — Prix de 2ᵉ année, Médaille d'argent et 100 francs de livres. — Prix de 3ᵉ année, Médaille d'argent et 185 francs de livres. — Prix de 4ᵉ année, Médaille d'argent et 185 francs de livres. — Prix Fontaine, 423 francs. Somme délivrée à l'auteur de la meilleure thèse de doctorat. — Prix de la Ville de Montpellier, 200 francs. Somme délivrée à l'élève qui a accompli la meilleure scolarité de doctorat. — Prix Bouisson, la rente de 140.000 francs, divisée également entre cinq élèves méritants ayant fait toutes leurs études (thèse comprise) à la Faculté de Montpellier. —Prix Sviécickl, 592 francs. Somme attribuée aux meilleurs mémoires, faits par des étudiants de la Faculté de médecine de Montpellier dans un laboratoire ou une clinique de cette Faculté. — Bourse Dubrueil, de 1.220 francs par an.

Le *Musée anatomique* et le *Musée d'hygiène* sont ouverts aux élèves : le premier, tous les jours, de midi à 4 h.; le second, les lundi, mercredi et vendredi, de 2 h. à 4 h.—Le *Conservatoire du Jardin des Plantes* est ouvert aux élèves tous les jours, de midi à 4 heures. — La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, en hiver de midi et demi à 6 heures 1/2 et le soir, de 8 heures à 10 heures ; en été, de 9 h. à 11 1/2 du matin, et de 1 h. à 6 h. 1/2 du soir. — *Inscriptions trimestrielles* : Elles sont reçues au Secrétariat tous les jours, de 2 heures à 4 h., du 20 octobre au 10 novembre, du 3 au 15 janvier, du 1ᵉʳ au 15 avril, du 15 au 30 juin. — *Déclarations d'examens* : Elles sont reçues tous les jours, le samedi excepté, de 9 h. à 11 h. 1 2, en vue des examens de la semaine suivante.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY.

Doyen : M. le Pʳ Gross.

Professeurs honoraires : MM. J. Herrgott, Hecht, Beaunis.

Cliniques, Cours et Travaux pratiques.

Année scolaire 1904-1905.

Semestre d'hiver. Du 3 novembre au 15 mars.

Cliniques et Cours. — Clinique médicale : M. Bernheim, Professeur, à l'hôpital civil, lundi, mercredi, vendredi, à 8 h. — Clinique médicale : M. Spillmann, professeur, à l'hôpital civil, mardi, jeudi, samedi à 8 h. — Clinique chirurgicale : M. Gross, professeur, à l'hôpital civil, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. — Clinique chirurgicale : M. Weiss, professeur, à l'hôpital civil, lundi, mercredi, vendredi, à 8 h. — Clinique obstétricale : M. Herrgott, professeur, à la Maternité, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. — Clinique ophtalmologique : M. Rohmer, professeur. à l'hôpital civil, lundi, mercredi, vendredi, à 11 h. — Anatomie : M. Nicolas, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 10 h. 3/4, jeudi, à 9 h. 1/4. — Histologie : M. Prenant, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 10 h. 3/4. — Anatomie pathologique : M. Baraban, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 4 h. — Médecine légale : M. Parisot, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. — Hygiène : M. Macé, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. — Thérapeutique et matière médicale : M. Schmitt, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 5 h.

Cliniques et cours complémentaires. — Maladies des vieillards. M. N. agrégé libre, à l'hospice Saint-Julien, mardi, samedi, à 11 h. — Maladies des enfants : M. Haushalter, agrégé libre, à l'hôpital civil, lundi, jeudi, à 11 h., mercredi, 10 h. — Maladies syphilitiques et cutanées : M. Février, agrégé libre, à la Maison de secours, Mercredi, vendredi, à 10 h. — Electrothérapie et radiologie (fondation de l'Université) M. Guilloz, agrégé, à l'hôpital civil, mardi, jeudi. à 10 h. — Chirurgie orthopédique (fondation de l'Université) : M. Frœlich, agrégé libre, à l'hôpital civil, mardi, jeudi, à 10 h. lundi, à 3 h. — Oto-rhino-laryngologie (fondation de l'Université) : M. Jacques, agrégé libre, à l'hôpital civil, lundi, vendredi, à 10 h., mercredi, à 3 h. — Maladies des voies urinaires (fondation de l'Université) : M. André, agrégé, à l'hôpital civil, lundi, mercredi, à 10 h., vendredi, 3 h. — Pathologie externe : M. Vautrin, agrégé libre, mardi, jeudi, samedi, à 4 h. — Accouchements : M. Schuhl, agrégé, libre, lundi, mercredi, à 4 h.

Travaux pratiques. — Anatomie : MM. Nicolas, professeur, directeur des travaux, et Weber, agrégé, chef de laboratoire, tous les jours de 1 h. 1/2 à 5. h. — Histologie : MM. Prenant, professeur et Bouin, agrégé, chef des travaux, lundi, mercredi. vendredi, de 8 h. 1/2 à 10 h. 1/2. — Anatomie pathologique : MM. Baraban, professeur, et Hoche, chef des travaux, mardi, jeudi, à 2 h. — Médecine légale : M. Parisot, professeur (Avis particuliers) — Bactériologie : MM. Macé, professeur, et Garnier, chef des travaux, tous les jours. — Oto-rhino-laryngologie : M. Jacques, agrégé libre, mardi, jeudi, samedi, à 10 h. 1 2.

Conférences. — Maladies nerveuses et mentales, M. N. (hospice Saint-Julien), samedi, 10 h. — Chimie biologique : M. Laborde, agrégé, mardi, samedi, à 9 h. 1/2. — Anatomie et histologie : M. Bouin, agrégé, mardi, jeudi, à 4 h. — Anatomie pathologique : M. Hoche, agrégé, samedi, à 11 h. — Bandages et appareils : M. G. Gross agrégé, lundi, à 5 h. — Diagnostic médical : M. Richon agrégé, vendredi, à 5 h. — Pathologie médicale : M. L. Spillmann, agrégé, lundi, à 5 h. — Pathologie chirurgicale : M. Michel, agrégé, vendredi, à 3 h.

Semestre d'été. Du 16 mars au 31 juillet.

Cliniques et Cours. — Clinique médicale : M. Bernheim, professeur, à l'hôpital civil, lundi, mercredi, vendredi, à 8 h. — Clinique médicale : M. Spillmann, professeur, à l'hôpital civil, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. — Clinique chirurgicale : M. Gross, professeur, à l'hôpital civil, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. — Clinique chirurgicale : M. Weiss, professeur, à l'hôpital civil, lundi, mercredi, vendredi, à 8 h. — Clinique obstétricale : M. Herrgott, professeur, à la maternité, mardi, samedi, à 8 h., jeudi, à 8 h. — Clinique ophtalmologique : M. Rohmer, professeur, à l'hôpital civil, lundi, mercredi, vendredi, à 11 h. — Physiologie : M. Meyer, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. — Physique médicale : M. Charpentier, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 10 h. 3/4. Chimie et toxicologie : M. Garnier, professeur, mardi mercredi, à 10 h. 3/4, samedi, à 3 heures. — Médecine opératoire : M. Chrétien, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 4 h.

— Pathologie générale et pathologie interne : M. SIMON, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 4 h. Histoire naturelle médicale : M. VUILLEMIN, professeur.mardi, jeudi, à 5 h., mercredi, à 5 h.

Cliniques et cours complémentaires. — Maladies des vieillards : M. N., à l'hôpital Saint-Julien, mardi, samedi, à 11 h. — Maladies des enfants : M. HAUSHALTER, agrégé libre, à l'hôpital civil, et hospice J.-B Thiéry, à Maxéville, lundi, jeudi, à 11 h. et mercredi à 10 h. — Maladies syphilitiques et cutanées : M. FÉVRIER, agrégé libre, à la Maison de secours, mercredi, vendredi, à 10 h. — Electrothérapie et radiologie (fondation de l'Université) : M. GUILLOZ, agrégé, à l'hôpital civil, mardi, jeudi, à 10 h. — Chirurgie orthopédique (fondation de l'Université) : M. FRŒLICH, agrégé libre, à l'hôpital civil, mardi, jeudi, à 10 h. — Oto-rhino-laryngologie (fondation de l'Université) : M. JACQUES, agrégé libre, à l'hôpital civil, lundi, vendredi, à 10 h. — Maladies des voies urinaires (fondation de l'Université) : M. ANDRÉ, agrégé, à l'hôpital civil, lundi, mercredi, à 10 h. — Maladies mentales : M. PARIS, chargé du cours, (asile des aliénés de Maréville), vendredi, à 2 h.

Travaux pratiques. — Physiologie : M. MEYER, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. 1/2. M. N., chef des travaux, mardi, jeudi, samedi, à 1 h. 1/2 et samedi, à 5 h. — Chimie physiologique et pathologique : M. GARNIER, professeur, lundi, 2 h., mercredi, vendredi, 8 h. — Chimie physiologique et pathologique : M. ROBERT, chef des travaux, samedi, 1 h. 1/2. — Physique médicale : MM. CHARPENTIER, professeur, et GUILLOZ, agrégé, chef des travaux, vendredi, à 2 h. 1/2. — Histologie : MM. PRENANT, professeur, et BOUIN, agrégé, chef des travaux, vendredi, à 2 h. — Histoire naturelle médicale : M. VUILLEMIN, professeur, lundi, mardi, jeudi, à 2 h. 1/2, et M. THIRY, chef des travaux, samedi, à 2 heures. — Médecine opératoire : M. G. MICHEL, agrégé, mardi, jeudi, à 5 h. — Anatomie pathologique : MM. BARABAN, professeur, et HOCHE, agrégé, chef des travaux, mardi, jeudi, à 2 h. — Médecine légale : M. PARISOT, professeur, (avis particuliers). — Hygiène et bactériologie : M. MACÉ, professeur, lundi, 2 heures. — Hygiène et bactériologie : M. GARNIER, chef des travaux, tous les jours. — Oto-rhino-laryngologie : M. JACQUES, agrégé libre, mercredi, jeudi, samedi. 10 h. 1/2.

Conférences. — Physiologie : M. N..., agrégé, mercredi, à 3 h. 1/2. — Anatomie topographique : M. WEBER agrégé, samedi, à 5 h. — Anatomie pathologique : M. HACHE, agrégé, jeudi, à 11 h. — Maladies nerveuses et mentales : M. N.,. à l'hospice Saint-Julien, samedi, à 10 h. — Diagnostic médical : M. L. SPILLMANN, agrégé, vendredi, à 4 h. — Accouchements : M. FRUHINSHOLZ agrégé, lundi, vendredi, à 5 h.

Enseignement dentaire.

Cliniques et Cours.

Clinique dentaire (fondation de l'Université) : M. R. ROSENTHAL, directeur de la clinique, à l'hôpital civil lundi, mercredi, vendredi, à 8 h. — Anatomie : M. NICOLAS, professeur, lundi, 10 h. 3/4 (hiver). — Physiologie : M. MEYER, professeur, mercredi, 3 h. 1/2 (hiver). — Histologie : M. BOUIN. agrégé, samedi, 11 h. (hiver). Pathologie médicale : M. SPILLMANN, agrégé, mardi, 11 h. (été). — Pathologie chirurgicale : M. G. MICHEL, agrégé, jeudi, à 11 h. (été). — Pathologie dentaire : M. R. ROSENTHAL, mardi, jeudi, à 6 h.

Travaux pratiques. — Anatomie : M. NICOLAS, professeur, directeur des travaux (hiver). — Prothèse dentaire : M. R. ROSENTHAL, directeur des travaux, mardi, jeudi, samedi, à 4 h.

Prix décernés à la suite de concours.

Prix universitaires (lettre ministérielle du 26 mars 1896) : 1° Prix d'anatomie et histologie, 1 médaille d'argent et 100 fr. de livres. Les élèves en médecine de 2e année sont seuls admis à concourir. — 2° Prix de physiologie, 1 médaille d'argent et 100 francs de livres. Les élèves en médecine de 2e année sont seuls admis à concourir. — 3° Prix de chirurgie et accouchements, 1 médaille d'argent et 185 francs de livres. Les élèves en médecine de 4e année sont seuls admis à concourir. — 4° Prix de médecine, 1 médaille d'argent et 185 fr. de livres. Les élèves en médecine de 4e année sont seuls admis à concourir.— Les lauréats auront droit au remboursement des droits d'inscriptions versés par eux dans le courant de la dernière année scolaire. (Arrêtés des 20 février, 10 avril et 30 mai 1854). Prix de thèse de 325 francs (donné par le Conseil général de Meurthe-et-Moselle et la Ville de Nancy). Prix de l'Internat, dit prix Bénit, de 233 francs. Prix Ritter, de 800 francs attribué tous les deux ans au meilleur travail original de chimie médicale, fait dans un laboratoire de la Faculté par un élève ou un ancien élève de la Faculté. — Prix Albert-Heydenreich-Victor-Parisot, de 500 francs. Ce prix sera décerné en 1904-1905 au meilleur travail original de médecine, en 1905-1906 au meilleur travail original de chirurgie. Les mémoires devront être remis au secrétariat avant le 1er juin de chaque année.

Immatriculation. — Tout étudiant, qui se présente pour prendre sa première inscription est tenu de déposer au secrétariat : 1° une expédition légalisée de son acte de naissance ; 2° s'il est mineur, le consentement de son père ou de son tuteur ; ce consentement doit indiquer le domicile du père ou du tuteur ; 3° un certificat constatant qu'il a été soumis à une revaccination faite sous le contrôle de la Faculté ; 4° pour le doctorat en médecine, le diplôme ou certificat de bachelier de l'enseignement secondaire classique avec la mention : *lettres, philosophie*, et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ; pour le diplôme de chirurgien-dentiste, soit un diplôme de bachelier, soit le certificat d'études prévu par le décret du 30 juillet 1886, modifié par le décret du 25 juillet 1893, soit le certificat d'études primaires supérieures. — Les *Inscriptions* seront reçues tous les jours, de dix heures à midi, du 24 octobre au 5 novembre, et pour les trimestres suivants, du 5 au 14 janvier, du 16 au 25 mars, du 1er au 10 juin. — Les *Cours* et les *Travaux pratiques* commenceront le mardi 3 novembre.

Gratuité d'inscription. — Les demandes en vue de la dispense des droits d'inscription seront adressées au Doyen de la Faculté, du 15 octobre au 1er novembre (art. 1er de l'arrêté du 31 mars 1887). Elles seront accompagnées d'un état certifié par le maire, énonçant la situation de fortune de l'étudiant et de sa famille.

Société Générale des étudiants de Nancy.

Siège social : 1, rue de la Pépinière.

La *Société Générale*, fondée en 1876, est la doyenne des Sociétés d'Etudiants de France. Elle compte actuellement plus de 300 membres actifs et 247 membres honoraires. Grâce à une généreuse initiative partie des professeurs de l'Université, la Société a vu s'accroître considérablement ses locaux. M. Bayet, directeur de l'Enseignement supérieur, a inauguré récemment un magnifique hôtel, situé au centre de la ville, à l'édification duquel ont contribué les professeurs de l'Université, les notabilités et un grand nombre d'industriels de la région. Au rez-de-chaussée, grande salle de café, au 1er étage, salle des billards, salle de lecture, salle de bibliothèque, salle du comité, au sous-sol, salle d'armes et d'hydrothérapie.

Avantages sociaux. — Bibliothèque, 2000 volumes, 26 journaux quotidiens, 25 revues et publications. Différentes sections sont (organisées à l'Association. Section d'études, (droit, médecine internat et externat des hôpitaux), sciences. Section de musique, Section de comédie. Sections de sports (tir, escrime, vélocipédie. gymnastique, etc., etc.)

Avantages matériels. — De nombreuses réductions sont accordées aux membres de la Société sur présentation de leur carte (théâtre, commerçants, fournisseurs attitrés de la Société, etc...) La cotisation mensuelle est fixée à 2 francs, les mois de vacances sont gratuits.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY

ANNÉE SCOLAIRE 1904-1905.

Directeurs honoraires : MM. JACQUEMIN, SCHLAGDENHAUFFEN.
Professeurs honoraires : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, DELCOMINÈTE.

L'ouverture des cours et conférences est fixée au 3 novembre.

Histoire naturelle : M. GODFRIN, professeur. Botanique : Organographie ; Cryptogames ; classification des Dicotylédones (1re et 2e année). Hiver, lundi et mercredi, à dix heures. — Eté, mardi, à dix heures. — M. BRUNTZ, chargé d'un cours complémentaire. Zoologie : Notions d'embryologie ; Vertébrés (1re et 2e année). Hiver, mardi et jeudi à neuf heures. — Eté, jeudi, à onze heures. — Travaux pratiques de micrographie générale : M. BRUNTZ, chef des travaux. Botanique : Vendredi, de neuf heures à midi (1re année). Zoologie : Eté, mardi, de deux heures à 4 heures (2e année). Herborisations : Eté, le mercredi après midi (1re, 2e et 3e année). — *Pharmacie chimique* : M. KLOBB, professeur. Antiseptiques et antithermiques de la série aromatique (2e et 3e année). Hiver, lundi et samedi, à deux heures. — Eté, mercredi, à huit heures trois quarts. — Travaux pratiques : M. BAZIN, chef des travaux. Jeudi, de deux heures à cinq heures ; vendredi, de neuf heures à cinq heures (3e année). — Eté, lundi, de deux heures à cinq heures (2e année). — *Matière médicale* : M. BRUNOTTE, professeur. Drogues fournies par les Gymnospermes, les Monocotylédones et les Cryptogames (2e et 3e année). — Hiver, lundi, mercredi et vendredi, à cinq heures. — Travaux pratiques de micrographie appliquée : M. BRUNTZ, chef des travaux. — Hiver, samedi, de neuf heures à midi. — Eté, de huit heures à onze heures (3e année). — *Chimie* : M, FAVREL, professeur. Chimie organique : Carbures, alcools, phénols et aldéhydes (2e et 3e année). — Hiver, lundi et mercredi, à onze heures. — Eté, mardi et jeudi, à huit heures trois quarts. — M. GIRARDET, agrégé. Chimie minérale :

chef du laboratoire. Exercices pratiques, démonstrations, manipulations Métalloïdes (1re et 2e année). — Hiver, mardi à 5 heures, vendredi à 4 heures. — Travaux pratiques de chimie : M. Girardet, chef des travaux. — Hiver, samedi, de neuf heures à midi (1re et 2e année). — Eté, vendredi, de neuf heures à midi (1re année). — *Toxicologie et analyse chimique* ; M. Guérin, professeur. Toxicologie : Poisons gazeux et volatils : poisons minéraux et poisons organiques (2e et 3e année). — Hiver, mardi et jeudi, à onze heures. — Eté, jeudi, à dix heures. — Travaux pratiques : M. Girardet, chef des travaux. Toxicologie : Eté, lundi, de deux heures à cinq heures (3e année). Analyse : Hiver, mardi, de deux heures à cinq heures (1re et 2e année). Eté, samedi, de neuf heures à midi (1re et 2e année). — *Pharmacie galénique et Bactériologie* : M. Grélot, professeur. Pharmacotechnie ; fermentations ; poudres et farines ; teintures et vins médicinaux ; eaux distillées aromatiques (2e et 3e année). — Eté, lundi et mercredi, à dix heures ; vendredi, à cinq heures. — Travaux pratiques : M. Bazin, chef des travaux. Pharmacie galénique : Hiver, jeudi, de deux à cinq heures ; vendredi, de neuf heures à cinq heures (3e année). Bactériologie : Eté, mêmes heures (3e année). — *Physique* : M. Girardet, agrégé. Chaleur et électricité (1re et 2e année). — Eté, lundi et jeudi, à cinq heures. — Travaux pratiques. Hiver, mercredi, de deux heures à cinq heures (3e année). — *Minéralogie et hydrologie* : M. Klobb, professeur, chargé d'un cours complémentaire. Minéraux usuels ; analyse des eaux potables (1re année). Hiver, mercredi, à huit heures trois quarts. — Eté, lundi, à huit heures trois quarts (1re année). — *Législation pharmaceutique*. Le cour de Législation pharmaceutique a lieu tous les trois ans ; il sera repris en 1905-1906.

Prix annuels. — Les prix suivants sont decernés à la suite de concours distincts pour chacune des années d'études :

1° *Prix universitaires* (décret du 21 avril 1869). — De 1re année, 1 médaille d'argent et 30 fr. de livres ; de 2e année, 1 médaille d'argent et 75 fr. de livres ; de 3e année , 1 médaille d'or d'une valeur de 300 fr. — Les lauréats de 1re et de 2e années sont dispensés des droits d'inscription (120 fr.). de bibliothèque (10 fr.), et d'examen semestriel (50 fr.), afférents à l'année scolaire suivante ; le lauréat de 3e année aura droit à la dispense des droits des deux premiers examens de fin d'études et des certificats d'aptitude correspondants. Un lauréat, qui aura obtenu successivement le prix de 1re, de 2e et de 3e année, jouira de la gratuité complète des droits qui lui resteront à acquitter pour obtenir le diplôme de pharmacien de 1re classe (décret du 21 avril 1869).

2° *Prix des travaux pratiques*. — 1re année, prix de chimie ; 2e année, 1° prix de botanique ; 2° prix de chimie ; 3e année, 1° prix de micrographie appliquée ; 2° prix de chimie et toxicologie.

En exécution de l'article 8 du décret du 12 juillet 1878 : « Tout excédent de recette, constaté sur le produit des rétributions pour travaux pratiques, après paiement des frais afférents à ces travaux, est employé en prix et encouragements aux élèves les plus méritants », l'Ecole décerne annuellement une *médaille d'argent* et, en outre, une *médaille de bronze*, pour les concours indiqués cidessus :

3° *Prix du conseil général de Meurthe-et-Moselle* (250 francs) *et de la ville de Nancy* (75 francs). — 4° *Prix de validation de stage officinal*, décerné par la *Société de Pharmacie de Lorraine* médaille d'argent). — 5° *Bourses de pharmacie de 1re classe*. Le concours a lieu fin octobre entre les candidats ayant obtenu la note *Bien* à leur examen de fin d'année. Les candidats reçus bacheliers avec mention *Bien* peuvent obtenir une bourse de 1re année. — 6° *Prix Bleicher* de 200 francs, attribué tous les deux ans à l'élève le plus méritant en Histoire naturelle.

Immatriculation. — Tout étudiant qui se présente pour prendre sa première inscription est tenu de déposer au secrétariat : 1° une expédition légalisée de son acte de naissance ; 2° s'il est mineur, le consentement de son père ou de son tuteur ; ce consentement doit indiquer le domicile de son père ou du tuteur ; d'un certificat constatant qu'il a été revacciné ; 4° le certificat de fondation de stage ; 5° pour la 1re classe, le diplôme ou le certificat de bachelier ; pour la 2e classe, le certificat institué par le décret du 25 juillet 1893. Les inscriptions seront reçues tous les jours, de 9 heures à 10 heures, du 23 octobre au 5 novembre et, pour les trimestres suivants, du 5 au 15 janvier, du 16 au 25 mars, du 1er au 30 juin. — Gratuité d'inscriptions : Les demandes en vue de la dispense des droits d'inscriptions sont adressées au directeur de l'Ecole, du 15 octobre au 1er novembre (art. 1er de l'arrêté du 31 mars 1897). Elles sont accompagnées d'un état certifié par le maire énonçant la situation de fortune de l'étudiant et de sa famille. — Examen de validation de stage : Cet examen a lieu au commencement de novembre et à la fin de juillet de chaque année.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Doyen : M. Combemale.

Doyens honoraires : MM. Folet, de Lapersonne.

Prof. honoraires : MM. Moniez, Morelle.

Agrégés : MM. Carrière, Deléarde, Gaudier, Patoir, Lambret, G. Gérard, Vallée, Ingelrans, Lefort, Bué. — *Agrégés libres* : MM. Thibaut, Bédart, Oui. — *Chefs de clinique* : MM. Drucbert, Verhaeghe, Vanverts, Vandeputte, Breton, Colle.

Programme des cours. — Année scolaire 1904-1905.

Semestre d'hiver. (Ouverture le 3 novembre 1904).

Enseignement médical.

1° Cours. *Anatomie* : M. Debierre, professeur. Organes des sens. — Organes génito-urinaires. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures, à la Faculté. Amph. n° 1. — *Histologie*. M. Laguesse, professeur. 2e partie du cours : Le système tégumentaire : Peau, muqueuses. — Les séreuses. — Le système vasculaire. — Organes génito-urinaires. — Organes de la digestion et de la respiration. Mardi, jeudi et samedi à 5 h. 1/4., à la Faculté, Amph. n° 3. — *Anatomie pathologique et pathologie générale* : M. Curtis, professeur. Système vasculaire. — Appareil respiratoire. Mardi, jeudi et samedi, à 4 heures, à la Faculté, Amph. n° 3. — *Thérapeutique* : M. Ausset, professeur. Traitement des maladies infectieuses et des intoxications. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures, à la Faculté, Amph. n° 2. — *Chimie minérale et Toxicologie* : M. Lescœur, professeur. Chimie des métalloïdes et des métaux. — Applications à la médecine, à la pharmacie, à la toxicologie, à l'hygiène, etc. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures, à la Faculté, Amph. n° 4.

2° Cliniques. — *Clinique médicale* : M. Lemoine, professeur. Leçons cliniques. Mardi, jeudi et samedi, à 9 heures, hôpital Saint-Sauveur. — *Clinique chirurgicale* : M. Folet, professeur. Leçons cliniques. Lundi, mercredi et vendredi, à 9 heures, à l'hôpital Saint-Sauveur. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* : M. Charmeil, professeur. Leçons cliniques. Mardi jeudi et samedi, à 10 heures à l'hôpital Saint-Sauveur. — *Clinique ophtalmologique* : M. Baudry, professeur. Leçons cliniques, Lundi, mercredi et vendredi, à 10 heures à l'hôpital Saint-Sauveur. — *Clinique des maladies des voies urinaires* : M. Carlier professeur. Leçons cliniques. Lundi, mardi et vendredi, à 9 heures à l'hôpital Saint-Sauveur.

3° Cours complémentaires. — *Clinique des maladies des enfants et syphilis infantile* : M. Carrière, agrégé, chargé du cours. Leçons cliniques. Lundi, mercredi, vendr. à 10 h. 1/2 à l'Hôpital Saint-Sauveur. — *Maladies du système nerveux* : M. Ingelrans, agrégé, chargé du cours. Maladies de l'encéphale et des méninges. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures, à la Faculté, Amph. n° 3. — *Accouchements* : M. Oui, agrégé libre : Pathologie de la Grossesse — Opérations obstétricales. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures, à la Faculté, Amph. n° 3. — *Laryngologie* : M. Gaudier, agrégé. Maladies du nez et des oreilles. Confér. pratiques. Lundi et mercredi, à 8 h. 1/2, à l'Hôpital Saint-Sauveur. — *Cours annexe d'accouchements aux élèves sages-femmes* : M. Gaulard, professeur. Pratique des accouchements, mardi et samedi, à 5 h., à l'hôpital de la Charité. — M. Oui, agrégé libre, chargé du cours. Cours d'accouchements. Mercredi et vendredi, à 9 heures 3/4 à la Faculté, Amph. n° 3. Gérard, G. agrégé. Anatomie, physiologie et pathologie élémentaires. Mardi et jeudi, à 11 heures à la Faculté. Amph. n° 1. — *Enseignement dentaire* : M. Bédart, agrégé libre chargé du cours. Anatomie, physiologie et pathologie élémentaires. — Anatomie et physiologie spéciales de la bouche. — Pathologie dentaire. Lundi, mercredi et vendredi, à 6 heures à la Faculté. Amph. n° 2. — *Clinique dentaire* : M. Caumartin, docteur, directeur de la clinique. Leçons cliniques. Mardi, jeudi et samedi, de 8 heures à 10 heures, à l'hôpital Saint-Sauveur.

4° Conférences de MM. les agrégés. — *Anatomie* : M. Gérard G., agrégé. Splanchnologie. — Organes de la digestion et de la respiration. Lundi, mercredi, vendredi, à heures. A la Faculté, Amph. n° 1.

5° Conférences. — *Médecine légale* : M. Deléarde, agrégé. Accidents du travail. Mardi et jeudi, à 2 heures, à la Faculté, Amph. n° 3. — *Anatomie* : M. N..., prosecteur. Ostéologie et arthrologie. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures, à la Faculté, Amph. n° 1.

6° Travaux pratiques. — *Dissections* : M. Gérard, G., agrégé, chef des travaux. Exercices pratiques, démonstrations, manipulations. Tous les jours, de 2 heures à 4 heures, à la Faculté, salles de dissections. — *Laboratoire des cliniques* : M. Deléarde, agrégé,

FER ANIMAL FER VÉGÉTAL FER MINÉRAL

Expérimentation dans les Hôpitaux

Un gramme de fer environ pour la masse totale du sang ! Tel est le déficit métallique fort minime à combler dans la plupart des cas, même sérieux, d'anémie et de chlorose.

Il ne faut pas oublier, en effet, que nos 5 litres de sang ne contiennent que 2 gr. 73 de fer.

Ce déficit représente donc 3 à 4 centigrammes de métal à fixer par jour, pendant un mois, sur les hématies, pour rétablir l'état physiologique et assurer la guérison.

Il est facile d'y parvenir avec un ferrugineux possédant des oxydases qui le rendront instantanément vitalisable ; ces ferments solubles spéciaux, dont le pouvoir excitateur considérable vient d'être mis en lumière par les travaux de professeurs éminents, feront passer rapidement le métal dans le courant circulatoire.

On mettra au contraire des années à obtenir ce résultat, si l'on y parvient jamais, avec des préparations inertes s'éliminant inutilement par les divers émonctoires.

Le praticien demandera-t-il le fer dont il a besoin au règne minéral, au règne végétal ou au règne animal ?

Dans le **règne minéral**, il n'a que l'embarras du choix : fer réduit, oxydes, chlorures, iodures, sels à acides minéraux ou organiques, tous ou presque tous anexosmotiques, et, comme tels, constipant les malades, qu'il faut soumettre ensuite à toute la gamme des laxatifs.

Résultats : réparation hématique nulle ou peu sensible, poussées congestives fréquentes, délabrement des voies digestives presque constant !

Ce qui explique la défaveur, la crainte même, qu'inspire la médication martiale courante à la plupart des anémiques et surtout aux femmes, qui redoutent par-dessus tout le noircissement des dents et la constipation.

Le **fer végétal** intéresse plutôt l'hygiène alimentaire que la thérapeutique.

Les parties vertes de la plante, riches en chlorophylle, contiennent des quantités notables de fer ; elles sont fort utiles pour compenser, concurremment avec les autres aliments, la déperdition métallique journalière et entretenir l'équilibre.

La phylloporphyrine, pigment végétal, et l'hématoporphyrine, pigment du sang, ont une formule presque identique, ce qui fait dire que la chlorophylle était en quelque sorte l'hémoglobine de la plante.

Cependant il n'a pas été extrait jusqu'ici des végétaux de principes ferrugineux intéressant la pharmacologie.

Reste le **règne animal**. Claude Bernard a dit dans ses leçons : « Le premier effet physiologique de la digestion est d'animaliser en quelque sorte la combinaison ferrugineuse, afin de rendre impossibles les précipitations accidentelles qui tendent à annihiler le métal dans les différents points du tube digestif. »

Si le grand physiologiste avait fait de la thérapeutique, il aurait certainement donné la préférence à un fer déjà animalisé, ou vitalisé, afin d'épargner aux organes digestifs débilités un travail de chimie biologique qu'ils se refusent le plus souvent à accomplir.

Le médecin a sous la main un fer animal de 1er ordre : c'est le sang lui-même, qui contient 12 % d'un sel ferrugineux parfaitement défini : l'hémoglobine, $C^{600} H^{960} Az^{154} O^{179} S^{3} Fe$, combinaison vitale, opothérapique par excellence et jouissant d'un pouvoir respiratoire, c'est-à-dire pouvant absorber et restituer l'oxygène.

Sa formule chimique montre combien le fer y est dilué en quelque sorte dans la matière organique, condition essentielle à son passage immédiat dans la circulation.

Le traitement de la chlorose, de l'anémie et même de la phtisie par le sang chaud pris aux abattoirs est très usité en Angleterre et en Amérique ; Bouchardat l'a préconisé, mais il a peu de succès en France, à cause de son incommodité et de la répugnance qu'il inspire aux malades.

Il est plus logique, en effet, de ne prendre du sang que l'élément utile, l'hémoglobine, qui, recueillie avec certaines précautions, contient les *oxydases* (ferments solubles oxydants producteurs d'oxygène et d'ozone) et les *ozonides* (transporteurs d'ozone) du sang.

Mais il faut pour cela faire usage de procédés spéciaux évitant la chaleur, la lumière et la dessiccation complète.

Dujardin-Beaumetz employait déjà cette médication dans son service de l'hôpital Cochin.

Ce Maître, qui a été ainsi un des promoteurs de l'opothérapie, a consigné dans ses leçons cliniques (T. III, p. 449) les résultats remarquables qu'il a obtenus de cette méthode (1).

Il les a également communiqués en ces termes à la Société de Thérapeutique :

J'ai l'honneur de présenter à la Société de thérapeutique des préparations qui m'ont rendu de grands services, tant à l'hôpital que dans ma clientèle.

« Depuis près d'un an, j'emploie dans mon service, contre l'anémie, un sirop d'hémoglobine imaginé par un de mes élèves, M. Deschiens. Il m'a donné, à la dose de 2 à 4 cuillerées à soupe par jour, des résultats véritablement merveilleux dans le traitement des anémies et de la chlorose.

« J'ai pu constater, à l'aide de la numération des globules, son action très rapide sur leur régénération. A l'analyse spectrale, on retrouve dans ces préparations les raies très nettes de l'oxyhémoglobine.

« Je ne saurais trop recommander cette préparation et je la considère comme le plus puissant des ferrugineux (2). »

Le sirop d'hémoglobine employé à l'hôpital Cochin et dont le *modus operandi*, decrit dans les ouvrages de Dujardin-Beaumetz, avait été donné par M. Deschiens, ingénieur chimiste du laboratoire de thérapeutique et d'hygiène de ce service, contient 2 gr. 50 d'hémoglobine par cuillerée à soupe, soit 1 centigr. de fer. Il permet donc d'administrer dans les vingt-quatre heures les 4 centigrammes de fer suffisants, ainsi que nous l'avons calculé au début de cet article, pour combler rapidement le déficit métallique de la plupart des anémies, fait absolument confirmé par l'expérience clinique.

L'expérimentation fut étendue à la plupart des hôpitaux de Paris : Lariboisière (Dr Constantin Paul), La Pitié (Dr Polaillon), Beaujon (Prof. Péter), Enfants-Malades (Prof. Grancher et Dr Jules Simon), Laënnec (Dr Legroux), La Charité (Dr Féréol), Hôpital International (Dr Péan), Hôtel-Dieu de Lyon (Prof. Teissier), Hôtel-Dieu de Saint-Denis et Infirmerie de la Maison d'Education de la Légion d'honneur (Dr Le Roy des Barres), etc.

Les résultats furent toujours extrêmement favorables, la numération des globules accusant des progressions hebdomadaires de 3, 4 et 500.000 hématies par millimètre cube de sang.

EN RÉSUMÉ, le praticien pourra administrer, sous la forme essentiellement opothérapique d'hémoglobine, 4 centigrammes et plus d'un fer animal se fixant rapidement sur les hématies, grâce à ses oxydases.

Cette dose de métal vitalisé, qu'il n'est pas nécessaire de dépasser et qui est égale d'ailleurs à la moyenne indiquée par les formulaires pour les ferrugineux usuels, donnera au médecin des résultats cliniques et hématimétriques surprenants.

Les remarquables expériences du Professeur Richet et du Dr Héricourt ont rappelé l'attention du corps médical sur les propriétés de la viande crue ou de son jus, dans le traitement de la tuberculose. L'hémoglobine contenue dans ces produits contribue certainement, dans une très large mesure, à l'influence favorable qu'ils exercent.

L'expérience vient d'ailleurs d'en être faite à l'hôpital Boucicaut, dans les services de tuberculeux de M. le Dr Letulle ; des malades pris au moment où le repos hospitalier et les médicaments n'avaient plus aucune action, ont reçu de 2 à 4 cuillerées à soupe par jour de sirop de Deschiens.

Les résultats ont été très favorables, plusieurs sujets ont présenté des augmentations de poids de 3 et 4 kilos par mois, avec le régime alimentaire courant, sans aucune suralimentation.

Ce produit, accepté avec plaisir, peut donc être *considéré* comme un adjuvant précieux dans le traitement de la consomption ; il rendra les mêmes services que la viande crue et les jus de viande, si rebutants dans la saison chaude et que les malades n'acceptent pas toujours aisément

Le médecin désireux de formuler le médicament en nature, sans recourir à une marque spécialisée, aura-t-il satisfaction des soi-disant hémoglobines cristallisées ou en paillettes du commerce ?

Le simple examen des propriétés chimiques de ce corps répondra à la question : L'hémoglobine, même préparée à l'état de pureté absolue par cristallisation au-dessous de 0, s'altère en quelques jours à la température ordinaire, perdant ses oxydases, ses ozonides et sa propriété fondamentale d'absorber et de restituer l'oxygène. C'est, en un mot, une *hémoglobine morte*.

Pour lui conserver sa valeur thérapeutique, il faut l'incorporer à l'état naissant dans un excipient dosé avec soin, sorte de sérum artificiel aseptique où sa vitalité persiste ; c'est la caractéristique des procédés de Deschiens.

(1) « Parmi ces préparations, il en est une que vous me voyez employer avec un très grand succès dans mon service : c'est un sirop d'hémoglobine préparé par Deschiens. C'est, à mon sens, de toutes les préparations ferrugineuses employées, l'une des plus actives.

On donne 2 à 4 cuillerées à soupe de sirop par jour. » (DUJARDIN-BEAUMETZ. *Leçons de clinique thérapeutique, t. III, p. 449*).

(2) *Société de thérapeutique*. Paris. Séance du 22 juillet 1885. DUJARDIN-BEAUMETZ.)

lations. Tous les jours, à 9 heures, au Laboratoire des Cliniques. — *Parasitologie et Micrographique* : Desoil, chef des travaux. Exercices pratiques, démonstrations, manipulations. Vendredi, de 2 heures à 4 heures, à la Faculté, au Laboratoire d'histoire naturelle. *Chimie minérale et toxicologie* : M. Louis, chef des travaux. Exercices pratiques, démonstrations, manipulations. Vendredi, de 2 heures à 4 heures, à la Faculté, au Laboratoire de chimie minérale.— *Anatomie pathologique* : M. Gellé, préparateur. Exercices pratiques, démonstrations, manipulations. Lundi, mercredi, de 2 heures à 4 heures, à la Faculté, au Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique. — *Prothèse dentaire* : M. Caumartin, docteur, chef des travaux. Exercices pratiquss, démonstrations, manipulations. Lundi, mercredi, vendredi, de 4 heures à 6 heures, à la Faculté, au Laboratoire de dentisterie.

Enseignement pharmaceutique.

1° Cours.— *Chimie minérale et toxicologie* : M. Lescœur, professeur. Chimie des métalloïdes et des métaux ; Applications à la médecine, à la pharmacie, à la toxicologie, à l'hygiène, etc. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures, à la Faculté, Amph. n° 4. — *Pharmacie* : M. E. Gérard, professeur. Pharmacie galénique : Opérations pharmaceutiques et médicaments préparés par solution et par dissolution. Pharmacie chimique : Médicaments minéraux (métaux). Mardi, jeudi et samedi, à 10 h. 3/4, à la Faculté, Amph. n° 4. — *Zoologie médicale et pharmaceutique* : M. Verdun, professeur. Les Vertébrés. Lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. 1/2, à la Faculté, Amph. n° 6.

2° Conférences. *Physique* : M. Demeure, chef des travaux. Mécanique, pesanteur. Lundi, mercredi, vendredi à 10 h. 1/2, à la Faculté, Amph. n° 5.

3° Travaux pratiques. — *Manipulations pharmaceutiques* : M. Vallée, agrégé, chef des travaux. Exercices pratiques, démonstrations, manipulations. Mercredi, samedi, de 2 heures à 5 heures, à la Faculté, au Laboratoire de pharmacie. — *Parasitologie et Micrographie* : M. Desoil, chef des travaux Exercices pratiques, démonstrations, manipulations. Lundi, de 2 h. à 5 h. et vendredi, de 8 h. à 10 h. 1/2, à la Faculté, au Laboratoire d'histoire naturelle. — *Physique* : M. Demeure, chef des travaux. Exercices pratiques, démonstrations, manipulations. Mardi et jeudi, de 2 heures à 4 heures, à la Faculté, au Laboratoire de physique. — *Chimie minérale* : M. Louis, chef des travaux. Exercices pratiques, démonstrations, manipulations. Lundi, mercredi, vendredi, de 2 h. à 5 h. à la Faculté, au Laboratoire de chimie minérale.

Semestre d'été (Ouverture le 1er mars 1905).

Enseignement médical.

1° Cours. *Physiologie* : M. Wertheimer, professeur. Circulation. — Digestion. — Respiration. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures, à la Faculté, Amph. n° 2. — *Pathologie interne et expérimentale* : M. Surmont, professeur. Maladies de l'appareil respiratoire, de l'appareil circulatoire et des reins. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures, à la Faculté, Amph. n° 3. — *Pathologie externe* : M. Carlier, professeur, et Lefort, agrégé. Affections chirurgicales de la tête et du cou. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures 1/4, à la Faculté, Amph. n° 3. — *Bactériologie et hygiène* : M. Calmette, professeur. Hygiène professionnelle et hygiène sociale : Organisation et fonctionnement des bureaux d'hygiène et des services publics de désinfection. Technique bactériologique : Etudes des principales maladies infectieuses. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures, à l'Institut Pasteur.— *Médecine légale* : M. Castiaux, professeur. Affaires de mœurs. — Avortement. — Infanticide. — *Physique biologique* : M. Doumer, professeur, Chaleur. — *Chimie biologique* : M. Lambling, professeur. Chimie biologique : Phénomènes chimiques de la nutrition. Mercredi, à 5 h., à la Faculté, Amph. n° 4.—*Parasitologie* : Barrois, professeur (en congé), et Verdun, professeur, suppléant. Parasitaires animaux et végétaux de l'homme. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures, à la Faculté, Amph. n° 6.

2° Cliniques. — *Clinique médicale* : M. Combemale, professeur-doyen. Leçons cliniques. Mardi, jeudi, samedi, à 9 heures, à l'hôpital de la Charité. — *Clinique chirurgicale* : Dubar, professeur. Leçons cliniques. Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures, à l'hôpital de la Charité. — *Clinique obstétricale* : M. Gaulard, professeur. Leçons cliniques. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. 1/4, à l'hôpital de la Charité.

3° Cours complémentaires. — *Médecine opératoire* : M. Lambret, agrégé, chargé du cours. Manuel opératoire des opérations d'urgence. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures, à la Faculté, Amph. n° 1. — *Clinique chirurgicale des enfants* : M. Gaudier, agrégé, chargé du cours. Leçons cliniques. Mardi, vendredi, samedi, à 10 h. 1/4, à l'hôpital Saint-Sauveur. — *Cours d'accouchements pour les élèves sages-femmes* : M. Gaulard, professeur. Pratique des accouchements. Mardi, samedi, à 5 heures, à l'hôpital de la Charité. — M. Oui, agrégé libre. Cours d'accouchements. Mercredi, vendredi, à 9 heures 3/4, à la Faculté, Amph. n° 3. — M. Gérard, G., agrégé. Anatomie, physiologie et pathologie élémentaires. Mardi et jeudi à 11 heures, à la Faculté. Amph. n° 1. — *Enseignement dentaire* : M. Bédart, agrégé libre, chargé du cours. Anatomie, physiologie et pathologie élémentaires. Anatomie et physiologie spéciales de la bouche. Pathologie dentaire. Lundi, mardi, vendredi, de 6 heures à 7 heures, à la Faculté, Amph. n° 3. — *Clinique dentaire* : M. Caumartin, docteur, directeur de la clinique. Leçons cliniques. Mardi, jeudi, samedi, de 8 heures à 10 heures, à l'hôpital Saint-Sauveur.

4° Conférences de MM. les Agrégés. — *Physiologie* : M. Bédart, agrégé libre. Organes des sens. — Centres nerveux. Lundi, vendredi, à 5 heures, à la Faculté, Amph. n° 2. — *Conférence du Laboratoire des Cliniques* : M. Deléarde, agrégé, chef du laboratoire. Le Sang. Samedi, à 8 h. 1/2 au Laboratoire des cliniques.

5° Conférences.—*Conférences d'histologie* : M. Jouvenel, chef des travaux. Système lymphatique. Samedi, à 2 heures, au laboratoire des travaux pratiques d'histologie.

6° Travaux pratiques. — *Physiologie* : M. Bédart, agrégé libre, chef des travaux. Exercices pratiques, démonstrations, manipulations. Mardi et jeudi, de 2 heures à 4 heures, à la Faculté, au Laboratoire. — *Laboratoire des Cliniques* : M. Deléarde, agrégé, chef du laboratoire. Exercices pratiques, démonstrations, manipulations. Tous les jours de 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2, au Laboratoire des cliniques. — *Médecine opératoire* : M. Gérard, G., agrégé, chef des travaux anatomiques. Conférences d'anatomie topographique appliquée à la médecine opératoire. Lundi, mercredi, vendredi, de 2 heures à 3 heures, à la Faculté, Amph. n° 1. — *Médecine légale* : M. Patoir, agrégé, chef des travaux. Exercices pratiques. Mercredi et vendredi, de 2 à 4 h., à la Faculté. — *Histologie* : M. Jouvenel, chef des travaux. Exercices pratiques. Lundi, vendredi, samedi, de 2 heures à 4 heures, à la Faculté, au Laboratoire. — *Parasitologie* : M. Desoil, chef des travaux. Exercices pratiques. Vendredi, à 5 heures, à la Faculté, au Laboratoire des travaux pratiques. — *Chimie biologique* : M. Donzé, chef des travaux. Exercices pratiques. Mercredi, de 2 heures à 4 heures, à la Faculté, au laboratoire de chimie organique. — *Physique* : M. Demeure, chef des travaux. Exercices pratiques. Mercredi de 2 heures à 4 heures, à la Faculté, au laboratoire de physique. — *Bactériologie* : M. Vansteenberghe, chef des travaux. Exercices pratiques. Mardi et jeudi, de 3 heures à 5 heures, à l'Institut Pasteur. — *Prothèse dentaire* : M. Caumartin, docteur, chef des travaux. Exercices pratiques. Lundi, mercredi, vendredi, de 4 h. à 6 h., à la Faculté, au Laboratoire de dentisterie.

Enseignement pharmaceutique.

1° Cours. — *Physique* : M. Doumer, professeur. Chaleur. — *Chimie organique* : M. Lambling, professeur. Chimie organique : série grasse (avec applications à la médecine et à la pharmacie). Mercredi à 5 heures, mardi et vendredi, à 10 h. 1/2, à la Faculté, Amph. n° 4. — *Matière médicale et Botanique* : M. Fockeu, professeur. Anatomie et organographie végétales : Etude des principes amylosiques et des médicaments à alcaloïdes et à composés aromatiques. Lundi jeudi et samedi, à 9 h., à la Faculté. Amph. n° 6.

2° Conférences de MM. les Agrégés. — *Hydrologie et minéralogie : Pharmacie galénique.* — M. Vallée, agrégé, chef des travaux de pharmacie. Eaux potables. Eaux minérales françaises et étrangères. Minéralogie. Mercredi à 11 h., vendredi, à 4 h. 1/2, à la Faculté, Amph. n° 4.

3° Travaux pratiques. — *Pharmacie* : M. Vallée, agrégé, chef des travaux. Exercices pratiques. Mercredi, et samedi, de 2 h. à 4 h., à la Faculté, au Laboratoire. — *Physique* : M. Demeure, chef des travaux. Exercices pratiques. Jeudi, de 2 heures à 4 heures, à la Faculté, au Laboratoire de physique. — *Chimie organique* : M. Donzé, chef des travaux. Exercices pratiques. Lundi, vendredi, samedi, de 2 h. à 5 h., à la Faculté, au Laboratoire de chimie organique. — *Micrographie* : Desoil, chef des travaux. Exercices pratiques. Lundi, à 2 h. et vendredi, à 8 heures, à la Faculté, au Laboratoire d'histoire naturelle.

Consultations gratuites (*Hopitaux de la Charité et de Saint-Sauveur*) : Médecine : maladies des femmes et des enfants ; chirurgie ; maladies des yeux ; maladies cutanées et syphilitiques ; affections dentaires ; maladies des voies urinaires, oto-rhino-laryngologie ; affections médicales des enfants ; affections chirurgicales des enfants, maladies des femmes enceintes et des nouveaux-nés ; — *aux jours et heures indiqués par l'affiche spéciale*

Nomenclature des thèses soutenues devant la Faculté de Médecine de Lille, pendant l'année scolaire 1903-1904.

1. MM. de Casteras. Contribution à l'étude de la gastrostomie. — Garin. Etude à propos d'un cas d'amputation interscapulo-thoracique. — Michelland. — Spasme de la glotte chez les enfants. — Dhotel. Les fractures des cartilages costaux et la disjonction chondro costale. — Petit. Revue critique et clinique des atrophies musculaires progressives. — Brunel. Recherches expérimentales sur les greffes intestinales. — Bertrand. Contribution à l'étude du nervotabes périphérique d'origine alcoolique. — Maguin. Emploi thérapeutique du bleu de méthylène dans les diarrhées. — Liénard. De l'éventration médiane post-opératoire et de son traitement chirurgical. — Bizard. Evolution de la police sanitaire maritime.

11. MM. Gaudmont. Le torticolis mental. Etat mental du tiqueur. — Bontemps. Désarticulation de la hanche par le procédé de Veitch. — Polosson sans tube d'Esmarch. — Moitié. Etude clinique et thérapeutique de la pleurésie purulente interlobaire. — Monjaret. De l'uréthrotomie externe et de l'uréthrectomie par le procédé préprostatique. — Deschamps. De la pleurésie purulente diaphragmatique enkystée. — Dubuche. Trichorrexis nodosa (Trichorrexie noueuse). — Lepage. De l'action de quelques alcaloïdes sur la sécrétion pancréatique. — Lefebvre. De la luxation du radius par élongation chez l'enfant. — Hadzimihaloglou. Médecine opératoire de la cure radicale de la hernie inguinale chez l'enfant. — Bourdon. Etude sur la stasobasophobie.

21. MM. Roquet. De l'ostéomyélite du calcanéum. — D'Halluin. Résurrection du cœur. La vie du cœur isolé. Le massage du cœur. — Hofman-Bang. Contribution à l'étude du traitement kinésique des maladies du cœur. — Delfosse. Névromes plexiformes ou névromes racémeux. — Guilluy. De la petite vive et de sa piqûre. — Sénéchal. L'alcoolisme dans le Pas-de-Calais. — L'Hôte. Des rémissions prolongées dans la méningite tuberculeuse. — Bouret. Des arrachements de la tubérosité antérieure du tibia. — Coppens. Du traitement des tumeurs de l'estomac par les Rayons X. — Galland. De la gastro-entérostomie dans le syndrome de Reichmann.

31. MM. Debeyre. Les bourgeons pancréatiques accessoires tardifs. — Duprez. Quelques considérations étiologiques sur la conjonctivite granuleuse. — Sonneville. Recherches sur la valeur désinfectante de l'anhydride sulfureux et de l'anhydride sulfurique. — Muller. Des causes de l'irréductibilité primitive des luxations du coude. — Fabre. Des accidents provoqués par les piqûres d'araignée. — Chancel. Etude clinique et expérimentale de l'action du bleu de méthylène comme anti-tuberculeux. — Nieppe. Contribution à l'étude des fibromyomes du vagin. — Hernu. Contribution à l'étude de la constipation dans les suites de couches. — Natier. Les complications nerveuses des fractures du coude. — D. ChabertOstland. Le corps médical dans le Nord depuis 1789.

41. Quénée. Traitement de l'urémie nerveuse par la ponction lombaire. — Hunaut. Du traitement de la sciatique (particulièrement par les injections). — Delsaut. Contribution à l'étude de l'Etiologie de la kératite parenchymateuse gazeuse. — Bridoux. De l'hérédo-syphilis osseuse (Rapports avec l'ostéite déformante de Paget.

Lille,

Mon cher directeur,

Notre Faculté, durant la dernière année scolaire, a vu son effectif d'élèves s'amoindrir un peu. C'est là le phénomène général à toutes les facultés que vous connaissez, et qui s'aggravera encore avec le service militaire de deux ans. Ce n'est d'ailleurs pas un mal en face de l'encombrement de la carrière.

Il y a ici un bon noyau d'élèves. Depuis l'établissement du P. C. N., les promotions paraissent meilleures. Le goût au travail semble plus développé. Les concours d'adjuvat, d'internat et d'externat, ne sont cependant pas disputés autant qu'ailleurs, et les élèves s'adonnant aux laboratoires sont rares. Ils préfèrent l'hôpital et les cliniques, parce que cela mène dans l'avenir à une carrière plus lucrative. Je n'ai pas le courage de les en blâmer. Mais on fait si peu pour les professeurs de Laboratoire ! On leur tient si peu compte de se consacrer exclusivement à l'enseignement !

Les chaires se multiplient à l'excès durant ce temps. On croirait qu'on cherche plutôt à donner satisfaction à des ambitions personnelles plutôt qu'aux besoins réels de l'enseignement. On s'occupe moins de l'outillage des laboratoires et des moyens de les faire vivre. Puisqu'à chaque instant on veut imiter l'Allemagne, on ferait bien, en l'espèce, de lui emprunter son organisation.

La laïcisation de nos hôpitaux et hospices n'avance pas. Elle paraît même reculer depuis que la ville de Lille jouit des beautés d'une municipalité réactionnaire et cléricale. Les emblèmes religieux, qu'un ancien administrateur des hospices avait fait supprimer sur les cheminées des salles de malades de l'hôpital de la Charité ont été rétablis et le « buis béni » y a été ajouté à profusion. Les administrateurs nommés par le Préfet ne contrarient pas ce mouvement. Au contraire, c'est l'un d'eux qui conduit « la danse ». Les sœurs sont redevenues toutes puissantes. L'administration « laïque » des Hospices a même exigé le départ et le remplacement de celles qui passaient pour libérales. Les aumôniers logent toujours dans nos établissements hospitaliers, et y exercent à volonté leur propagande religieuse et politique. Il est fâcheux qu'au ministère de l'Intérieur on ne s'intéresse pas davantage à la composition des Commissions administratives des hospices des grandes villes. Nous sommes donc loin, bien loin, de la laïcisation de l'assistance publique.

Notre Ecole d'Infirmières n'est malheureusement suivie que par des religieuses.

Le médecin, qui doit jouer aujourd'hui un rôle social, est mal utilisé dans le bureau de bienfaisance. Avec les 40.000 francs que dépensent la Ville et le Bureau de bienfaisance pour le service médical à domicile, on pourrait obtenir un tout autre résultat que celui que l'on obtient actuellement.

Notre Institut Pasteur est toujours en but aux vives attaques du Syndicat Médical.

On sait qu'à Lille, les hôpitaux vivent sous un régime baroque à cause de la présence de la Faculté catholique, qui qui s'est installée, avec la complicité de la Commission administrative des Hospices, dans le plus bel hôpital, l hôpital de la Charité. La Faculté catholique a un concours spécial pour ses internes et ses externes. De sorte qu'en somme, nous n'avons pas ici d'Internes des hôpitaux, mais des internes de la Faculté de l'Etat et de la Faculté catholique ! L'abrogation de la loi de 1875 seule pourra nous tirer de ce gâchis.

Quant aux Facultés catholiques, elles vivotent. Leur recrutement, se faisant dans les diocèses par l'intermédiaire des Evêques et des Séminaires, est en quelque sorte forcé. Commencé dans les établissements secondaires congréganistes et ecclésiastiques l'embrigadement de la jeunesse dans le parti catholique continue dans ces facultés.

Les réformes pédagogiques n'ont pas été heureuses non plus. Avec le système de « boules » qu'on nous a imposé aux examens, un élève nul, absolument nul, avec un examinateur, peut se tirer d'affaire. Les examens définitifs en cours d'études, au lieu d'être subis à la fin comme autrefois, n'ont pas non plus relevé le niveau scientifique des médecins. On pourrait continuer la critique pendant longtemps. Mais à quoi bon ? La terre continuera à tourner et la routine des bureaux à nous gouverner.

Cordialement, X.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Doyen de la Faculté, M. Lortet.
Correspondant de l'Institut, M. Lortet.
Professeurs honoraires : MM. Paulet, Chauveau.
Année scolaire 1904-1905.
Ouverture des cours le vendredi 4 *novembre*.

Cours et cliniques.

Cliniques médicales : M. Lépine, professeur, visite tous les jours à 9 h., leçons cliniques : mardi, jeudi, samedi, à 10 h. Hôtel-Dieu. — M. Bondet, Pr, Hôtel-Dieu. Idem. — *Cliniques chirurgicales* : M. Poncet, professeur, visite tous les jours à 9 h., leçons cliniques : lundi, mercredi, vendredi, à 10 h., Hôtel-Dieu. — M. Jaboulay, professeur. Hôtel-Dieu. Les cliniques générales sont ouvertes à tous les étudiants. Enseignement propédeutique de 8 à 9 h. pour les élèves de 1re année. — *Clinique obstétricale* : M. Fabre professeur ; Visite et examens tous les matins de 8 à 9 h. à la Charité. Médecine, 4e année. — *Clinique ophtalmologique* : M. Rollet, agrégé, chargé du cours, clinique : mardi, samedi, de 9 h. à 11 h. Hôtel-Dieu. Médecine, 3e et 4e années. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* : M. Gailleton, professeur, leçon clinique : lundi, vendredi, de 9 h. à 11 h., Antiquaille. Médecine, 3e et 4e années. — *Clinique des maladies mentales* : M. Pierret, professeur, clinique : tous les jours de 9 h. à 11 h. Asile de Bron. Médecine, 4e année. — *Clinique des maladies des enfants* : M. Weill, professeur, clinique : lundi, mercredi ; leçons vendredi, de 9 h. à 10 h. à la Charité. Médecine, 3e et 4e années. *Parasites et microbes* : M. Lortet, professeur, leçons : mardi, jeudi, samedi, de 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2, Amphithéâtre de la section A. Pharmacie. 1re et 3e années. Médecine, 1re et 3e années. — *Anatomie* : M. Testut, professeur, leçons : lundi, mercredi, vendredi, de 2 h. à 3 h. Amphithéâtre de la section A. Médecine, 1re et 2e années. — *Anatomie générale et Histologie* : M. Renaut, professeur, leçons : mardi, jeudi, samedi, de 5 h. à 6 h. Amphithéâtre de la section A. Médecine, 1re et 2e années. — *Anatomie pathologique* : M. Tripier, professeur ; leçons : mardi, de 2 h. 1/2 à 3 h. 1/2. Laboratoire (Salle des Travaux pratiques). jeudi, 8 h. 1/2 matin. Hôtel-Dieu (Salle des Autopsies) ; samedi, de 2 h. 1/2 à 3 h. 1/2. Laboratoire (Salle des Travaux pratiques). Médecine, 3e et 4e années. — *Pathologie interne* : M. Teissier, professeur ; leçons : lundi, mercredi, vendredi, de 3 h. à 4 h. Amphithéâtre de la section C. Médecine, 3e et 4e années. — *Médecine légale* : M. Lacassagne, professeur ; leçons : lundi, 2 h. à 3 h. Amphithéâtre de la section C. ; mercredi, vendredi, de 2 h. à 3 h. à la Morgue. Médecine, 4e année. — *Thérapeutique* : M. Soulier, professeur, leçons : mardi, jeudi, samedi, de 3 h. à 4 h. 1/2. Petit Amphithéâtre de la section B. Médecine, 3e et 4e années.

Cours du semestre d'été.

Maladies mentales : M. Pierret. — *Physique médicale* : M. Monoyer. — *Physiologie* : M. Morat. — *Pathologie externe* : M. Augagneur. — *Pathologie générale* : M. Mayet. — *Médecine opératoire* : M. Pollosson (M.) — *Médecine expérimentale et comparée* : M. Arloing. — *Hygiène* : M. Courmont. — *Chimie organique* : M. Cazeneuve. — *Chimie biologique* : M. Hugounenq. — *Pharmacologie* : M. Florence. — *Matière médicale et botanique* : Beauvisage.

Professeur en congé : M. Bard, clinique médicale.

Enseignement complémentaire.

Physiologie : M. Doyon, professeur-adjoint ; leçon, lundi, mercredi, de 3 h. à 4 h. Laboratoire (Salle des travaux pratiques). Médecine, 1re, et 2e années. — *Toxicologie* : M. Morel, agrégé, chargé du cours ; leçon, mardi, samedi, 2 h. 3/4 et 3 h. 3/4. Institut de chimie. Pharmacie, 1re et 2e années. — *Clinique des maladies des femmes* : M. Pollosson (A.), agrégé. La Charité (visite tous les matins, à 10 h.). Médecine, 4e année. — *Propédeutique de gynécologie* : M. Condamin, agrégé ; leçons : mardi, samedi, de 9 h. à 10 h. La Charité. Médecine, 4e année. — *Accouchements* : M. Commandeur, agrégé ; leçons : mardi, jeudi, samedi, de 5 h. à 6 h. La Charité. Médecine, 3e année. — *Maladies des voies urinaires* : M. Chandelux, agrégé ; leçons : jeudi, de 5 h. à 6 h. Amphithéâtre de la section C. Médecine, 4e année. — *Propédeutique médicale* : M. Roque, agrégé ; leçons : lundi, vendredi, de 5 h. à 6 h. Amphithéâtre de la section B. Médecine, 1re et 2e années. — *Anatomie topographique* : M. Ancel, agrégé ; leçons : lundi, vendredi, de 5 h. à 6 h. Amphithéâtre de la section A. Médecine, 3e année. — *Pathologie externe* : M. Patel, agrégé ; conférence : lundi, mercredi, de 4 h. à 5 h. Petit Amphithéâtre de la section B. Médecine, 2e et 3e année. — *Matière médicale* : Moreau, agrégé ; leçon : lundi, mercredi, vendredi, 4 h. 1/2 à 5 h. 1/2. Amphithéâtre de la section C. Médecine, 4e année. Pharmacie, 1re, 2e et 3e année. — *Chimie minérale* : M. Barral, agrégé ; leçon : lundi, mercredi, vendredi, 3 h. 1/4 à 4 h. 1/4. Institut de chimie. Pharmacie, 1re et 2e années. — *Physique pharmaceutique* : M. Bordier, agrégé ; leçon : mercredi, vendredi ; 2 h. à 3 h. Petit amphithéâtre de la section B. Pharmacie, 1re et 2e années. — *Analyse chimique quantitative* : M. Causse, agrégé ; leçon : mardi, samedi, de 2 h. 1/2 à 3 1/2, Petit amphithéâtre de la section B. Pharmacie, 3e année. — *Bactériologie pratique* : MM. P. Courmont et Nicolas, agrégés ; leçon : mardi, samedi, de 3 h. 1/2 à 4 h. 1/2. Petit amphithéâtre de la section C. Médecine, 4e année.

Enseignement complémentaire du semestre d'été.

Maladies des oreilles, du nez et du larynx : M. Lannois. — *Anatomie pathologique* : M. Devic, conservateur du Musée d'Anatomie pathologique. *Propédeutique chirurgicale* : M. Rollet. — *Anatomie* : M. Ancel. — *Chirurgie infantile* : M. Nové-Josserand. — *Embryologie* : M. Regaud. — *Petite chirurgie* : M. Tixier. — *Pathologie interne* : M. Paviot. — *Minéralogie* : M. Barral. — *Hydrologie* : M. Causse.

La bibliothèque de l'Université est ouverte aux élèves tous les jours, le dimanche excepté, le matin de 9 heures à 11 heures et demie, l'après-midi de 2 heure et demie à 5 heures et demie.

Thèses de la Faculté de Lyon.

1. MM. Causse. Recherches sur la contamination des eaux. — Juillan. Du traitement du chancre simple et de ses principales complications. — Ploton. La folie à Saint-Etienne. Contribution à l'étude de l'étiologie de la folie. — Eymin. Notes historiques sur les rapports des sciences médicales avec la philosophie. — Danjeau. Contribution à l'étude des progrès de l'assistance du traitement des aliénés aigus. — Saurin. De l'insuffisance aortique dite fonctionnelle chez les athéromateux atteints de maladies d'Hogdson. — Maguin. Du traitement opératoire du varicocèle par le procédé de Parona. — Patricot. La gélatine dans le traitement des diarrhées infantiles. — Violet. Contribution à l'étude de la décortication pulmonaire dans l'empyème chronique. — Joly. De l'hyperplasie de l'épithélium pavimenteux stratifié au voisinage des lésions tuberculeuses.

11. MM. Marque. Contribution à l'étude étiologique de l'emphysème pulmonaire à Saint Etienne et spécialement chez les mineurs. — Riollet. Du rôle de la blennorrhagie dans l'étiologie de la spondylose rhizomélique et rhumatisme chronique vertébral. — Policard. Etude sur l'élimination par le rein normal des matières colorantes étrangères à l'organisme. — Mourier. L'hémispasme facial vrai non douloureux. — Jacquin. La pleurésie tuberculeuse chez les typhiques. — Lévy. Cytopronostic de la lactation. — Bagary. Contribution à l'étude du cancer thyroïdien. Pronostic et fréquence. — Piante. De l'entrée de l'air dans les veines pendant les opérations gynécologiques. — Girardot. Paralysies traumatiques isolées et complètes du nerf moteur oculaire commun. — Lardillon. Contribution à l'étude du cancer du poumon. Cancer des bronches.

21. MM. Pinat. Recherches de l'Eberth dans le sang. Application au diagnostic précoce de la fièvre typhoïde. — Berton. Du pansement alcoolisé du cordon ombilical. — Fourcade. Durée de la contagiosité de la syphilis. — Louis. De l'astragalectomie dans les fractures de l'astragale. — Vielle. Actinomycose de l'oreille (oreille externe, oreille moyenne). — Péchiné. Rhumatisme tuberculeux primitif. Polyarthérites aiguës primitives d'origine bacillaire. — Vittenet. De l'éther acétique. Ses effets hypno-anesthésiques. — Charpentier. Contribution à l'étude des luxations métarsophalangiennes irréductibles du gros orteil. — Morisot. Contribution à l'étude du collargol en injections intra-veineuses. — Valette. De l'érostratisme de vanité criminelle.

31. MM. Robert. Les empoisonnements criminels au XVIe siècle. — Demonet. Recherches sur la capacité vitale. — Liberge. Sur une forme particulière du spasme de la glotte. — Goursolas. Les formes dyspeptiques de l'appendicite. — Madrange. De la résection systématique de l'appendice dans les collections suppurées d'origine appendiculaire. — Colin. Contribution à l'étude des fractures de l'extrémité supérieure du fémur. Fracture isolée de la tête fémorale. — Tournade. Etude sur les modifications du testicule consécutives à l'interruption du canal déférent. — Rôle pathogénique des kystes spermatozoïdes. — Bellot. L'insuffisance aortique d'origine traumatique. — Giraud. Contribution à l'étude du chlorhydrate d'apocodéine et de son action purgative en injections hypodermiques. — Giauffer. Contribution à l'étude du diagnostic des grosses tumeurs de l'hypochondre gauche, grosse rate ou gros sein.

41. MM. Mallard. Le panaris actinomycosique. — Martinet. Actinomycose du sterno-cléïdo-mastoïdien. — Jeannin. Expériences instituées dans le but d'éclairer la pathogénie du cancer. — Dupont. Morphologie normale et pathologique de l'endothélium amniotique. — Faure. De la neuro-myélite optique aiguë. — Seigneurin. Contribution à l'étude du diabète insipide vrai. Ses

rapports avec la syphilis et la tuberculose. — Pinet. Traitement des tumeurs osseuses à myéloplasies par la méthode conservatrice. — Gonnet. Du triangle de dégagement. De l'action mécanique de ses dimensions sur la fin de la descente et le début du dégagement de la tête fœtale. — Billet. Contribution à la pathogénie de l'entérite chronique des pays chauds et son traitement opothérapique. — Michel. Le traumatisme tuberculeux dans les tuberculoses cutanées.

51. MM. Peyre. Symbiose actinomycosique. La symbiose morphologique et fonctionnelle de l'actinomycose éclairée par quelques autres symbioses microbiennes. — Manjot. Granulie articulaire primitive à forme rhumatismale. — Cot. De la leucocytose digestive chez le chien normal et splénectomisé. — Morrisson. Contribution à l'étude des hygromes à grains riziformes. — Blanchet. De l'automobilisme en médecine. — Grenier. Le tremblement et les spasmes mnémoniques. — Gaud. De l'élimination du mercure par les urines. — Loygue. Etude médico-psychologique sur Dostoïewsky. — Biétrix. L'injection hypodermique de digitaline. — Jeanty. Lésions du cervelet chez les paralytiques généraux et les déments.

61. MM. Bernard de Ceyssier. Des adhérences vraies du placenta. — André. Les sérums hémolytiques. — Touzet. Contribution à l'étude expérimentale de la leucothérapie. — Fournier. Etude sur la stérilisation du lait dans ses rapports avec la prophylaxie de la tuberculose. — Schneider. Rhumatisme tuberculeux et pleurésie. — Maisonnave. Recherches expérimentales sur l'opothérapie au point de vue du développement du squelette. — Andrieu. Rhumatisme tuberculeux chez les enfants. — Sergeant. Contribution à l'étude des infections alimentaires par la viande de veau. — Monéry. Le métabolisme de l'iode. Recherches nouvelles sur la fonction iodée de la glande thyroïde. — Dayman. Théorie sur l'origine et le mode de formation de l'acide urique.

71. MM. Frizac. Des hémorragies intra-oculaires dites expulsives. — Crémadelle. De l'étiologie du rétrécissement mitral pur (maladie de Duroziez.) — Jouty. Les glandes parathyroïdes. — Pelissard. Contribution à l'étude des accès et des accidents pernicieux d'origine palustre. — Bailly. De l'invagination dans la tuberculose intestinale. — Moureaux. L'expertise légale dans les cas de mort due à l'oxyde de carbone. — Pierrot. De la vaccination du nouveau-né. — Chaduc. Etiologie des prolapsus génitaux chez les nullipares. — Mallet. Du toucher intra-utérin dans les cas de fibromes. — Fontan. Les dangers de l'injection sous-cutanée de cocaïne et l'innocuité d'un analgésique nouveau: la subcutine.

81. MM. Rabaïoye. Dégénérescence cancroïdale des vieilles actinomycoses. — Dennery. Le linge stérilisé. — Chaufour. Contribution à l'étude du traitement de la myopie forte, en particulier par l'extraction du cristallin transparent. — Carayon. Des occlusions intestinales d'origine appendiculaire. — Christine. Pouvoirs publics et tuberculose. — Cuisinier. Du rôle des leucocytes dans l'absorption et le transport du mercure. — Muller. Mortalité dans l'hospitalisation infantile. — Lutrot. Epuration des eaux de boisson en campagne. — De Gauljac. Contribution à l'étude des luxations pathologiques de la bouche chez les enfants et de leur traitement. — Castres. Du genou dans la coxalgie.

91. MM. Ségui. Kyste simple du tibia. — Couraud. Contribution à l'étude de la cryogénine. — Dufaure de Citres. Etude sur le rôle de la paracentése et de la kératotomie dans les mydriases par l'atropine. — Cellerier. De la tuberculose dans l'étiologie de la sciatique. — Denieau. Considérations sur la fécondation. La chimiotaxie joue-t-elle un rôle dans la fécondation chez les animaux ? — Dumoulin. Contribution à l'étude du rôle de la rate dans les infections. — Tournaire. De l'hémiatrophie faciale dans les paralysies du plexus brachial. — Diénot. Les déséquilibrés du ventre. — Joseph dit Orme. Contribution à l'étude de l'incontinence d'urine et en particulier dans les lésions diffuses de la moelle. — Raymond. La chlorurie dans les néphrites.

101. MM. Mathieu. Contribution à l'étude de la ponction lombaire dans les différents processus méningés. — Barberousse. Etude sur les fractures sus-malléolaires. — Mme Moutet. Des fibromes gangrenés non pédiculés de l'utérus et de leur traitement. — Dargein. Traitement des kératites par les injections sous-conjonctivales de bleu de méthylène et bi-iodure de mercure. — Laudret. L'excitation génitale chez les tuberculeux ; ses causes, ses conséquences, son traitement. — Roué. Du trophœdéme dans l'hystérie et l'épilepsie. — Rapp. Le trismus actinomycosique. — Bergés. Le syndrome (Immobilité) dans les tumeurs cérébrales chez le cheval. — Maratuech. Actinomycoses à forme néoplasique des parois abdominales. — Béthoux. Etude sur le nouveau procédé de révulsion. La vésication par l iodure de méthyle.

111. MM. Schickelé. La galvano-faradisation. — Baud. Traitement par la laparotomie vaginale de certaines formes de péritonite tuberculeuse chez la femme. — Carpanetti. Sur le paludisme et son étiologie. — Kliszowski. Stérilisation des eaux destinées à la consommation par l'iode libre à l'état naissant. — Dornier. De l'homicide conjugal. — Audier. Contribution à l'étude des torsions du grand épiploon. — Mondet. Rhumatisme tuberculeux ankylosant. Spondylose rhizométrique d'origine tuberculeuse. — Dabat. Les sports du soldat. — Trollat. Du système séparatif dans l'assainissement urbain. — Revel. L'incontinence d'urine nocturne essentielle. Son traitement par les injections rétro-rectales de sérum artificiel.

121. MM. Clarion. Des résultats fonctionnels de la résection de l'omoplate. — Jacquinot. Histoire de la découverte de la circulation à Lyon. — Bonnet. Etude sur la prophylaxie de la syphilis. — Mairesse. Des restes auditifs chez les sourds-muets. — Lafourcade. Du traitement intensif de la syphilis par le biiodure de mercure en injections. — Basso. Contribution à l'étude des kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale. — Loup. Contribution à l'étude clinique de la séparation endovésicale de l'urine des deux reins. — Lacomme. Les milieux caféinés en bactériologie. — Delay. Traitement chirurgical de la périgastrite, suite d'ulcère à l'estomac. — Taillasson. De quelques modes d'assistance et de protection du nourrisson. Rôle protecteur de l'Etat.

131. MM. Magnin. Contribution à l'étude des courbures diaphysaires ostéomyélitiques. — Pelissier. Le chancre syphilitique de la conjonctive biliaire. — Boussuge. L'œil senile. — Berthelon. Variations de l'agglutination des bacilles de la tuberculose en rapport avec l'origine des bacilles et des sérums. — Faysse. De la prostatectomie périnéale. — Levesi. Du traitement de certains prolapsus du rectum par les opérations plastiques sur le périnée. — Avril. Les dangers de la suralimentation chez les phtisiques. — Prost. Contribution à l'étude de l'anesthésie générale par l'emploi combiné du chlorure d'éthyle (Kéléne) et du mélange de Billroth, — Dève. Combinaison de l'hystérectomie abdominale totale avec la césarienne dans les cancers et fibromes de l'utérus à partir du 7e mois de la grossesse. — Michallon. Sur un procédé de cure radicale de l'ectopie testiculaire inguinale avec la hernie.

141. Schirch. Les ectasies géantes du sac lacrymal. — Pitre. Le crâne ostéomalacique. – Astier. Kystes du creux poplité d'origine tuberculeuse. — Chalandar. Des égrägopiles ou tumeurs pileuses de l'estomac. — Bourrud. Du vissage des os du bassin avant la macération. – Gagnieux. Résultats éloignés de l'opération de la cataracte. — Maestraggi. De la pneumonie du sommet. — Petit. Syphilis. Nourrices et nourrissons. — Gromier. De l'hyperthémie hystérique. — Binet. Ferment oxydant du lait chez la femme.

151. Rostaing. La valeur thérapeutique du muguet des bois. — Ladure. Des peritonites aiguës généralisées par perforation dans l'entérite tuberculeuse. — Viallier-Raynard. Contribution à l'étude de quelques propriétés physiques des eaux minérales et de l'eau du Rhône. — Souhet. L'entérite hémorragique des nouveau-nés. — Plantier. De la température du nourrisson pendant les règles de la femme qui allaite. — Roure. Hyperchloruration et déchloruration spécialement dans l'ascite. — Fayard. Contribution à l'étude des pleurésies par la méthode fluoroscopique. — Berthier. Des pansements consécutifs à la colpotomie postérieure (Méthode de Laroyenne). — Valentin. Du double souffle intermittent crural et de sa pathogénie. – Fàvre. Contribution à l'étude de la biologie du pus blenorraque.

161. Thiers. Contribution à l'étude du traitement des fistules vésico-vaginales par la voie transvésicale. — Grillot. Séro-diagnostic et séro-pronostic dans la pleurésie tuberculeuse. — Rechat. Les eaux thermo-minérales de la boucle de l'Allier. — Moins drot. La ponction lombaire dans les tumeurs cérébrales. — Degaud. Douleurs exagérées pendant le travail. — Perrenot. Dangers du sublimé en injections intra-utérines. — Gillard. De la présence du glucose dans le liquide céphalo-rachidien. — Ducarre. Traitement du rhumatisme et en particulier du rhumatisme articulaire aigu et subaigu par le pyramidon. — Parot. Contribution à l'étude de la myélite typhique. — Lassablière. Action du sulfure de calcium phosphorescent sur la fermentation lactique.

171. Giuliani. Des tumeurs musculaires de l'estomac. — Micaud. Des différents modes d'emploi du chlorure d'éthyle en chirurgie dentaire. — Reneaud. Du plombage iodoformé. — Blanc. Des décollements épiphysaires traumatiques de l'extrémité inférieure du tibia. — James. Nouveau procédé d'uréthrotomie externe sans conducteur par la voie latérale. — Condamin. De l'hystérectomie vaginale par cancer du col, pendant la grossesse et les suites de couches. — Nogier. La lumière et la vie. Etude des différentes modalités de la lumière au point de vue physique et physiologique. — Reynard. Suites éloignées des fractures du scaphoïde. — Bramard. Le rôle de déplissement alvéolaire dans la pneumonie. — Nugue. Colotyphoïde et abcès du foie.

181. Vial. Les diverticules de l'œsophage. — Dauvergne. De l'apyrexie dans la tuberculose de l'enfance. — Guenot. De l'étiologie infectieuse dans la maladie de Friedreich. — Gaillard. De la tachycardie essentielle piroxeptique dans les affections valvulaires. — Gignier. Le cœur pathologique étudié par la radioscopie

orthogonale. — Benoit. Troubles de la motricité oculaire dans les maladies de l'oreille. — Gentil. L'épaule ballante. — Fontanilles. Etude clinique sur le cathérisme des uretères. — Popoff. Contribution à l'étude des luxations traumatiques du genou en dedans. — Challaye. Le traitement du placenta prœvia pendant le travail.

191. Guillot. Contribution à l'étude obstétricale des bassins viciés par fracture. — Saulaville. Essai sur l'influence de l'ovule fécondé sur l'organisme matériel et sur l'orientation sexuelle de l'embyron. — Talichet. De la kératite neuro-paralytique consécutive aux résections maxillaires supérieures. — Guillet. Pathogénie de l'éléphantiasis. — Meynier. La fièvre typhoïde et les eaux de Saint-Claude. — Gerspacher. Contribution à l'étude de la spondylose rhizomélique d origine tuberculeuse. — Coudour. Les quarantaines. — Chevallier. Des indurations plastiques des corps caverneux. — Nomblot. Filtration des eaux potables par les procédés américains.— Grozelier. Lyon en 1630, fragments d'histoire médicale.

Lyon, le 25 octobre 1904.

Monsieur le rédacteur en chef,

Pendant l'année scolaire qui vient de s'écouler, aucun incident digne de mémoire n'est venu troubler la vie laborieuse et paisible de notre faculté.

Depuis plusieurs années déjà, le nombre des étudiants n'a plus augmenté. Il y avait même depuis deux ans une légère diminution. Elle a cessé de se produire cette année où notre Faculté comptait plus de 1400 élèves régulièrement inscrits. Malgré les ressources de nos laboratoires et de nos hôpitaux, c'est un chiffre presque excessif. L'enseignement clinique surtout est difficile à donner à une telle masse d'étudiants.

M. le Dr Vaillard, le nouveau et très distingué directeur de l'Ecole de Santé, qui remplace à Lyon M. le Dr Claudot, un ami de notre Faculté, nommé inspecteur général, vient de prendre à cet égard une mesure excellente, en chargeant le chef des cliniques médicales et chirurgicales de faire l'après-midi, au lit du malade, des conférences rétribuées par l'Ecole aux élèves militaires.

La dissemination des stagiaires dans tous les services hospitaliers, la création d'une série de moniteurs de cliniques destinés à donner un enseignement complémentaire, sont des mesures utiles et de même ordre. Malgré tout, l'encombrement reste très grand dans les hôpitaux du centre de la ville, seuls fréquentés par les étudiants.

Les concours d'agrégation avaient attiré à Paris un nombre considérable de candidats lyonnais : ils ont soutenu avec vaillance le bon renom de notre Faculté. Leurs epreuves brillantes les auraient rendus tous dignes du titre qu'ils ambitionnaient. Le jury a dû limiter son choix et les heureux élus ont été : MM. Nicolas et Charvet, pour la médecine ; MM. Gayet et Patel pour la chirurgie ; M. Commandeur pour l'obstétrique ; M. Ducel pour l'anatomie ; MM. Morel et Causse pour la chimie.

L'arrivée de cette brillante promotion marque malheureusement l'heure du départ d'une série d'anciens agrégés qui s'étaient fait un nom dans la science. Il suffira de les citer pour faire comprendre quelle perte fait la Faculté en se séparant de tels collaborateurs. Ce sont MM. Collet et Boyer pour la médecine ; Vallaz et Durand pour la chirurgie ; Giraud pour l'anatomie ; Barré et Moreau pour la chimie.

Ce départ est doublement fâcheux pour ceux qui s'étaient destiués aux sciences accessoires, qui n'avaient pas dirigé leurs travaux dans le sens de la médecine pratique et qui, après neuf années passées dans les laboratoires, se trouvent acculés à chercher une profession nouvelle.

Aussi ce dernier concours a bien montré que, tandis que le nombre des candidats augmentait sans cesse en médecine et en chirurgie, l'étude exclusive des sciences biologiques n'en attirait plus qu'un nombre minime.

Pour la première fois, Lyon, qui a fourni aux autres facultés de province tant d'agrégés et mêmes de professeurs, a vu pénétrer dans son corps enseignant par la voie du concours, des élèves d'autres facultés. Les agrégés d'anatomie et d'histoire naturelle viennent des écoles de Nancy et de Paris. Leurs titres scientifiques sont d'ailleurs si connus qu'ils leur assurent parmi nous le plus sympathique accueil.

La chaire du Pr Fochier, dont la vacance s'était prolongée jusqu'à la fin de l'année scolaire, a été pourvue d'un nouveau titulaire : c'est le Dr Favre, un des élèves préférés du maître défunt, qui a été chargé de sa succession. Sa nomination a été acueillie avec une faveur unanime.

Pendant ces vacances nous avons été douloureusement ébranlés par deux deuils inopinés.

M. Gayet, professeur de clinique ophtalmologique, a été enlevé en 77 jours en pleine possesion de son activité et de son talent. Ancien chirurgien major de l'Hôtel-Dieu, il avait abandonné la chirurgie générale depuis la fondation de la Faculté pour se spécialiser dans l'étude et le traitement des maladies des yeux. Clinicien de haute valeur et opérateur incomparable, très épris des recherches scientifiques, il avait su donner un grand éclat à son enseignement et avait formé toute une pléiade d'élèves dont plusieurs sont devenus des maitres et professent dans les facultés voisines.

Quelques semaines plus tard, la mort nous enlevait en quelques jours M. Gailleton, professeur de la clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

Là le deuil qui nous atteignait était particulièrement cruel. M. Gailleton n'était pas seulement un savant dont les travaux faisaient autorité en dermatologie et en syphiligraphie; ce n'était pas seulement un professeur incomparable par la netteté, la précision et la bonhomie de son enseignement : M. Gailleton avait été pendant 30 ans le maire de Lyon. Dans ces fonctions, il avait mis tout son pouvoir, toute son influence au service de la Faculté naissante. Il avait plus que tout autre contribué à sa fondation et à son bon établissement. Depuis 4 ans, il était déchargé du fardeau des fonctions publiques et il avait retrouvé son aptitude juvénile aux travaux scientifiques. Il s'était donné tout entier à son service de l'Antiquaille, à l'étude des questions soulevées au dernier Congrès de Bruxelles, aux travaux de le Société de médecine qu'il présidait avec une rare autorité. Il semblait avoir devant lui encore de longues années d'activité. La mort qui l'a brusquement enlevé a mis en deuil notre Faculté et la ville de Lyon tout entière. (Voir le no 42, p. 253.)

Tels sont, Monsieur le rédacteur en chef, les faits les plus saillants de notre vie universitaire, qui méritaient de vous être signalés.

Veuillez agréer l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Dr X....

Ecole du Service de Santé militaire de Lyon.

Cette Ecole, instituée par un décret du 25 décembre 1888, est établie près la Faculté de médecine de Lyon. Son but est d'assurer le recrutement des médecins de l'armée active, de seconder les études universitaires des élèves du service de santé et de les initier à la discipline et aux habitudes de la vie militaire. Les résultats obtenus depuis la création de l'Ecole et l'affluence des candidats aux concours démontrent l'utilité d'une institution qui assure à ses fondateurs la reconnaissance de tout le corps de santé. Les élèves se recrutent au concours parmi les étudiants en médecine ayant quatre inscriptions au moins, prises conformément au décret du 31 juillet 1893, portant réorganisation des études médicales (nouveau régime). Ils doivent avoir eu moins de 23 ans au 1er janvier de l'année du concours, qui a lieu aux mois de juillet et d'août.

Néanmoins, les sous-officiers, caporaux ou brigadiers et soldats âgés de plus de 23 ans, et qui auront accompli au 1er juillet six mois de service réel et effectif, sont autorisés à concourir, pourvu qu'ils n'aient pas dépassé l'âge de 25 ans à cette même date, et qu'ils soient encore sous les drapeaux au moment du commencement des épreuves.

Le programme du concours est publié, chaque année, au *Journal officiel* et au *Bulletin militaire officiel*.

Les élèves admis font partie, à l'Ecole, sans exception aucune, de la quatrième division, correspondant à la deuxième année d'études du nouveau régime, quel que soit le nombre réel de leurs inscriptions.

Le prix de la pension est de 1.000 fr. par an ; celui du trousseau, qui est de 1.000 fr. environ, est déterminé chaque année par le Ministre de la guerre et notifié aux élèves, en même temps que leur admission à l'Ecole. Des bourses, demi-bourses, trousseaux et demi-trousseaux peuvent être accordés aux élèves dont les familles sont incapables de subvenir à leur entretien à l'Ecole. Les élèves y continuent leurs études médicales au même titre que tous les autres étudiants et subissent leurs examens universitaires devant la Faculté de médecine. Ils doivent être pourvus du diplôme de docteur en médecine, au plus tard le 1er février de leur quatrième année de séjour à l'Ecole, époque à laquelle ils entrent à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires (Val-de-Grâce), pour y être initiés à la pratique spéciale de la médecine d armée. Ils sont alors nommés médecins aides-majors de 2e classe stagiaires. En cas de double échec à un examen de doctorat ou de faute grave contre la discipline, les élèves sont renvoyés de l'Ecole

et astreints aux obligations de la loi sur le recrutement, en ce qui concerne les étudiants en médecine.

Les élèves nouvellement admis reçoivent, au moment de leur nomination, un brevet les liant au service dans les conditions du § 1er de l'art. 30 de la loi du 15 juillet 1889. Ils contractent, en outre à leur arrivée à l'Ecole, l'engagement de servir pendant six ans au moins, comme médecins militaires, à partir de leur nomination au grade d'aide-major de 2e classe.

Les élèves qui n'obtiendraient pas le grade d'aide-major ou qui, l'ayant obtenu, ne réaliseraient pas l'engagement sexennal seront admis à faire valoir leurs motifs de dispense, et, le cas échéant, le temps passé par eux sous les drapeaux, avant l'entrée à l'Ecole, sera déduit de la période de service qu'ils sont tenus d'accomplir aux termes de l'art. 29 de la loi du 15 juillet 1889.

Les élèves reçoivent à l'École un complément d'instruction et d'initiation militaires, destiné à les familiariser de bonne heure avec les exigences de la carrière qu'ils ont choisie. L'équitation, l'escrime, la vélocipédie, les exercices militaires, leur sont enseignés ; des conférences d'allemand ont pour but de leur conserver et de perfectionner chez eux les connaissances qu'ils ont acquises dans cette langue ; ils reçoivent des notions sur l'administration de l'armée et sur le service médical militaire ; enfin, des conférences de littérature et d'histoire contemporaine leur sont faites, une fois par semaine, à l'Ecole, par les professeurs de la Faculté des lettres de Lyon, nommés professeurs de l'Ecole par le Ministre de la Guerre.

Les élèves sont nourris et logés dans l'intérieur de l'Ecole ; ils suivent tous les cours, travaux pratiques et cliniques de la Faculté au même titre que les élèves civils : ils se rendent librement à ces cours, mais leur présence est constatée par des appels avant les différents exercices. Le régime intérieur diffère peu de celui de l'Ecole Polytechnique.

Les élèves sont considérés et traités comme élèves officiers. L'uniforme, qui se rapproche également beaucoup de celui de l'Ecole Polytechnique, a pour caractère distinctif les attributs de la médecine militaire à collet de velours cramoisi et caducée.

L'Ecole, magnifiquement installée, présente toutes les garanties désirables d'hygiène, et forme un superbe et immense bâtiment au voisinage immédiat de la Faculté. Soixante élèves ont été admis à l'Ecole à la suite du concours de cette année. Le chiffre total des élèves pour l'année scolaire 1904-1905 sera de 198, non compris les élèves qui, ayant terminé leur scolarité, vont entrer au Val-de-Grâce, avec le grade de médecin aide-major de 2e classe.

Le personnel médical est composé de la façon suivante : ***Directeur*** : Dr Vaillard, médecin inspecteur.

Sous-Directeur : Dr Descours, médecin principal de 2e classe, médecin-chef de l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes.

Major : Dr Boisson, médecin-major de 1re classe, chargé du service médical et de l'infirmerie des élèves.

Répétiteurs : Drs Ecot, anatomie ; Georges, thérapeutique, hygiène et médecine légale ; Vialle, médecine opératoire et accouchements ; Pecheux, pathologie externe ; Chavigny, physiologie et histologie ; Braun, pathologie interne.

Les répétiteurs, du grade de médecin-major, ont pour mission de seconder les élèves dans leurs études universitaires par des interrogations sur les matières traitées aux cours de la Faculté et par des conférences complémentaires. La surveillance est assurée par 3 médecins-majors de 2e classe : Drs Roussel, Vandenbosche, Rouvillois, et par 2 médecins aide-major de 1re classe ; Drs Lehaussois, Perrot et par 6 adjudants sous-officiers appartenant à toutes les armes.

L'hôpital militaire Desgenettes est rattaché à l'Ecole sous le titre d'hôpital d'instruction ; le directeur de l'Ecole est en même temps le directeur de l'hôpital ; le sous-directeur en est le médecin-chef et les répétiteurs, chargés chacun d'un service de malades, initient chaque matin les élèves aux éléments de la médecine et de la chirurgie avant de les envoyer aux cliniques de la Faculté. Les élèves de l'Ecole participent aux immenses ressources que la Faculté de médecine et les hôpitaux de Lyon mettent à la disposition des étudiants ; ses cliniques, d'une grande richesse, des collections scientifiques, des laboratoires parfaitement outillés, des ressources anatomiques, uniques peut-être en France, tout démontre que la ville de Lyon était digne à tous égards de recueillir le pieux héritage de Strasbourg.

Les notes méritées par les élèves aux examens de la Faculté continuent à être très bonnes ; cet excellent résultat est dû à la véritable sélection dont sont l'objet les élèves admis, mais aussi à ce qu'ils ne manquent ni une séance de dissection ou de médecine opératoire, ni un accouchement. D'autre part, ces élèves suivent tous les cours, exercices pratiques, cliniques de la Faculté. Six répétiteurs font chaque jour des cours et des conférences sur les matières traitées aux cours ou nécessaires pour les examens, et tiennent les élèves ainsi en état d'entraînement. Le soir, ceux-ci travaillent librement dans leurs études jusqu'à dix heures, avec des ressources considérables en livres, préparations, etc.

L'Ecole ne reçoit pas d'élèves en pharmacie ; les jeunes gens qui veulent suivre la carrière de pharmacien militaire doivent se faire d'abord recevoir pharmacien de 1re classe, puis ils se présentent à un examen d'admission qui a lieu au Val-de-Grâce où ils font un stage d'un an avant d'être nommés pharmaciens aides-majors de 2e classe.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE SCOLAIRE 1904-1905.

Doyen : M. A. Pitres. — *Doyen honoraire* : M. de Nabias.

Professeurs honoraires : MM. Micé, Dupuy, Moussous, Figuier.

Semestre d'hiver, *du 3 novembre au 28 février*.

Cours.

Anatomie : M. Cannieu. Organes génito-urinaires. Lundi, mercredi, vendredi à 1 heure. 1re et 2e années. — *Anatomie générale et histologie* : M. Viault. Les tissus d'origine mésodermique. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures 1/4. 1re et 2e années. — *Chimie biologique* : M. Denigès. Principes immédiats biologiques. — Composition et analyse des liquides normaux et pathologiques de l'organisme. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures. 2e année. — *Anatomie pathologique* : M. Coyne. Lésions cellulaires. — Néoplasies, lésions inflammatoires et infectieuses. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures 3/4. 3e année. — *Médecine expérimentale* : M. Ferré. Technique microbiologique. Jeudi, à 2 heures. 3e et 4e. — *Pathologie et thérapeutique générales* : M. Vergely. Troubles généraux de l'appareil intestinal et de la glande hépatique. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures 1/4. 3e année. — *Thérapeutique* : M. Arnozan. Traitement des affections du tube digestif et de ses annexes. Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures 1/2. 4e année. — *Matière médicale* ; M. de Nabias. Démonstrations pratiques. — Reconnaissance de médicaments. — Posologie. Mercredi, 1 h. 1/2. 4e année. — *Médecine légale* : M. Morache : Modifications de la médecine légale suivant les temps et les milieux. — La pratique moderne de la médecine légale. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. 1/4. 4e année. — *Pathologie exotique* : M. Le Dantec. Maladies des pays chauds. Affiche spéciale. 4e année.

Cours complémentaires.

Accouchements : M. Andérodias. Cours complet d'accouchements. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures. 3e année. — *Pathologie externe* : M. Denucé. Pathologie générale chirurgicale. Mardi, jeudi, samedi, à 5 h., 2e année. — *Physiologie* (Fondation de l'Université) : M. N.... Fonctions de nutrition. — Fonction de reproduction. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures. 1re année.

Semestre d'été, *du 1er mars au 31 juillet*.

Cours.

Physiologie : M. Jolyet. Le système nerveux. — Son influence dans les diverses fonctions de la vie. Mardi, jeudi, samedi à 5 heures. 3e année. — *Physique biologique et électricité médicale* : M. Bergonié. Mécanique animale. — Chaleur. — Optique. — Acoustique et électricité médicale. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures. 1re et 2e années. — *Médecine expérimentale* : M. Ferré. Etude expérimentale des maladies microbiennes. Lundi, vendredi à 5 h. 1/4. 3e et 4e années. — *Médecine opératoire* : M. Masse. Autoplasties de la face et du cou. — Opérations sur le larynx, le pharynx, la langue, le voile du palais. — Opérations que l'on pratique sur les sinus veineux crânien et le grand sympathique du cou. Mardi, jeudi, samedi, 2 h. 3/4. 3e année. — *Hygiène* : M. Layet. Hygiène alimentaire. — Hygiène navale et coloniale. Mardi, jeudi, samedi, 5 h. 1/4. 4e année.

Cours complémentaires.

Pathologie interne : M. Rondot. Maladies du tube digestif, du foie, des reins. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures. 2e année. — *Ophtalmologie* (fondation de l'Université) : M. N....... Optométrie et affections du fond de l'œil. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures. 3e année. — *Embryologie* (fondation de l'Université) : M. N ..... Embryologie élémentaire. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h. 2e année.

Cliniques.

SEMESTRE D'HIVER

Clinique médicale : M. Pigot. Hôpital Saint-André. Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures 1/2. 3e année. — *Clinique chirurgicale* : M. Lanelongue. Hôpital Saint-André. Mardi, jeudi, samedi, à 9 heures 1/2. 3e année. — *Clinique d'accouchements* : M. Lefour. Hôpital Pellegrin. Lundi, vendredi, à 1 heure 1/2. 4e année. — *Clinique ophtalmologique* : M Badal. Hôpital Saint-André. Lundi,

vendredi, à 9 heures 1/2. 4e année. — *Clinique des maladies chirurgicales des enfants* : M. PIÉCHAUD. Hôpital des Enfants. Mardi, vendredi, à 4 heures. 4e année. — *Clinique gynécologique* : M. BOURSIER. Hôpital du Tondu. Mardi, à 9 heures. 4e année. — *Clinique médicale des maladies des enfants* : M. A. MOUSSOUS. Hôpital des Enfants. Mercredi, samedi, à 4 heures. 4e année.

Cours complémentaires de clinique.

Maladies cutanées et syphilitiques : M. DUBREUILH. Hôpital du Tondu. Samedi, à 9 heures. 4e année ; Annexe Saint-Raphaël. Lundi, à 4 heures. 4e année. — *Maladies des voies urinaires* : M. POUSSON. Hôpital du Tondu. Vendredi, à 9 heures. 4e année. — *Maladies du larynx, des oreilles, du nez* : M. MOURE. Annexe Saint-Raphaël. Mardi, vendredi, à 10 heures 1/2. 4e année. — *Maladies mentales* : M. RÉGIS. Hôpital Saint-André. Jeudi, à 3 heures. 4e année. (Laboratoire de clinique, M. Sabrazès.)

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Clinique médicale : M. PITRES. Hôpital Saint-André. Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 1/2. 3e année. — *Clinique chirurgicale* : M. DEMONS. Hôpital Saint-André. Mardi, jeudi, samedi, à 9 h. 1/2. 3e année. — *Clinique d'accouchements* : M. LEFOUR. Hôpital Pellegrin. Lundi, vendredi, à 1 h. 1/2. 4e année. — *Clinique ophtalmologique* : M. BADAL. Hôpital Saint-André. Lundi, vendredi, à 9 h. 1/2. 4e année. — *Clinique des maladies chirurgicales des enfants* : M. PIÉCHAUD. Hôpital des Enfants. Mardi, vendredi, à 4 h. 4e année. — *Clinique gynécologique* : M. BOURSIER. Hôpital du Tondu. Mardi, à 9 h. 4e année. — *Clinique médicale des maladies des enfants* : M. A. MOUSSOUS. Hôpital des Enfants. Mercredi, samedi, 4 h. 4e année.

Cours complémentaires de clinique.

Maladies cutanées et syphilitiques : M. DUBREUILH. Hôpital du Tondu. Samedi, à 9 h. 4e année ;Annexe Saint-Raphaël. Lundi, à 4 h. 4e année. — *Maladies des voies urinaires* : M. POUSSON. Hôpital du Tondu Vendredi, à 9 h. 4e année. — *Maladies du larynx, des oreilles, du nez* : M. MOURE. Annexe Saint-Raphaël. Mardi, vendredi, à 10 h. 1/2. 4e année. — *Maladies mentales* : M. REGIS. Hôpital Saint-André. Jeudi, à 3 h. 4e année. (Laboratoire des cliniques, M. Sabrazès.)

Conférences.

SEMESTRE D'HIVER.

Pathologie externe : M. CHAVANNAZ. Eléments de pathologie externe. Lundi, vendredi, à 4 h. 1re année. — *Séméiologie chirurgicale* : M. BÉGOUIN. Leçons théoriques et pratiques de séméiologie élémentaire. Mercredi, samedi, à 10 h. 1/2. 1re année. — *Séméiologie médicale* : M. CABANNES. Leçons théoriques et pratique de séméiologie élémentaire. Lundi, vendredi, à 10 h. 1/2. 1re année. — *Anatomie* : M. GENTES. Système nerveux central. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h. 2e année. — *Anatomie* : M. LAFITE-DUPONT. Angéiologie. Mardi, jeudi, samedi, à 1 h. 1re et 2e années. — *Histoire naturelle (parasitologie)* : M. BEILLE. Parasites animaux et végétaux. Vendredi, à 5 h. 3e année. — *Pratique d'obstétrique* : M. FIEUX. Exercices pratiques sur le mannequin. Lundi, vendredi, à 9 h. 3e année. — *Anatomie topographique* : M. VILLAR. Anatomie des régions. Mardi, samedi, à 5 h. 1/4. 4e année. — *Autopsies médico-légales* : M. LANDE. (Annoncées par des avis particuliers.) 4e année.

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Pathologie interne : M. VERGER. Eléments de pathologie interne. Lundi, vendredi, à 5 h. 1/4. 1re année. — *Séméiologie chirurgicale* : M. VENOT. Leçons théoriques et pratiques de séméiologie élémentaire. Mardi, samedi, à 10 h. 1/2. 1re année. — *Séméiologie médicale* : M. MONGOUR. Leçons théoriques et pratiques de séméiologie élémentaire. Lundi, vendredi, à 10 h. 1/2. 1re année. — *Histologie* : M. CAVALIÉ. Notions d'histologie Lundi, mercredi, à 1 heure. 2e année. — *Anatomie pathologique* : M ABADIE. Anatomie pathologique des principales intoxications. — Description microscopique des pièces fraîches fournies par les autopsies. Lundi, vendredi, à 2 h. 1/2. 3e année. — *Pratique d'obstétrique* : M. FIEUX. Exercices pratiques sur le mannequin. Lundi, vendredi, à 9 heures. 3e année. — *Autopsies médico-légales* : M. LANDE (Annoncées par des avis particuliers.) 4e année.

Travaux pratiques.

SEMESTRE D'HIVER.

Chimie biologique : M. DENIGÈS. Laboratoire de chimie biologique. Mardi, Jeudi, samedi, 2 à 4 heures. 2e année. — *Anatomie* : M. LAFITE-DUPONT. Institut anatomique. Tous les jours, de 2 h. à 4 h. 1re et 2e années. — *Anatomie pathologique* : M. AUCHÉ. Laboratoire d'anatomie pathologique. Lundi, vendredi. 1 h. à 2 h. 1/2. 3e année. — *Parasitologie* ; M. FERRÉ. Laboratoire de médecine expérimentale Mardi, samedi. de 2 h. à 3 h. 1/2. 3e année.

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Physique biologique et électricité médicale : M. BERGONIÉ. Laboratoire de physique biologique et d'électricité médicale. Lundi, mercredi, vendredi, de 5 à 6 h. 1/2. 2e année. — *Histologie* : M. CASSAET. Laboratoire d'histologie. Lundi, mercredi, vendredi, de 2 à 4 h. 1re année. — *Physiologie* : M. SELLIER. Laboratoire des travaux pratiques de physiologie. Lundi, mercredi, vendredi, de 2 à 3 h. 3/4. 2e année ; Démonstrations pratiques. Samedi, à 4 h. 2e année. — *Anatomie pathologique* : M. AUCHÉ. Laboratoire d'anatomie pathologique. Lundi, vendredi, de 1 à 2 h. 1/2. 3e année. — *Médecine opératoire* : M. VILLAR. Institut anatomique. Mardi, jeudi, samedi, de 1 à 2 h. 1/2. 3e année.

Enseignement pharmaceutique.

SEMESTRE D'HIVER.

Cours.

Pharmacie : M. N.... Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures. 1re, 2e et 3e année. — *Matière médicale* : M. DE NABIAS. Antithermiques. — Médicaments du système nerveux Lundi, vendredi, à 10 h., 1/4 1re, 2e et 3e années. — *Physique pharmaceutique* : M. SIGALAS. Propriétés générales des corps. — Actions moléculaires. Chaleur : Modes de production et d'utilisation de la chaleur et du froid, Mardi, jeudi, samedi, à 10 heures, 1re, 2e et 3e années. — *Chimie biologique* : M. DENIGÈS. Principes immédiats biologiques. — Composition et analyse des liquides normaux et pathologiques de l'organisme. Lundi, mercredi, vendredi, 4 heures, 3e année.

Conférences.

Histoire naturelle : M. BEILLE. Animaux invertébrés : Espèces médicinales et venimeuses. — Microbes ferments ; applications pharmaceutiques. Lundi, mercredi, à 5 heures. 1re, 2e et 3e années. — *Chimie minérale* : M. BENECH. Notions fondamentales de chimie organique. — Etude de quelques métalloïdes et de quelques métaux. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures. 1re, 2e et 3e années.

Travaux pratiques.

Physique appliquée : M. SIGALAS. Laboratoire de physique pharmaceutique. Mardi, jeudi, samedi, de 8 h. à 10 heures. 3e année. — *Micrographie* : M. LASSERRE. Laboratoire d'histoire naturelle. Lundi, vendredi, 2 h. à 4 heures. 3e année. — *Pharmacie et chimie* : M. BARTHE. Laboratoire des travaux pratiques de pharmacie et de chimie. Lundi, mardi, 2 h. à 5 heures. 1re année ; mercredi, vendredi, 2 h. à 5 heures. 2e année.

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Cours.

Histoire naturelle : M. GUILLAUD. Étude médicale des familles végétales : Champignons et polypétale. Lundi, mercredi, vendredi, à 10 h. 1/2. 1re, 2e et 3e années. — *Chimie organique et pharmaceutique et analyses spéciales* : M. BLAREZ, Etude des principaux composés aromatiques et azotés utilisés en médecine et en pharmacie. — Etude des substances alimentaires Mardi, jeudi, samedi, à 9 h. 1/4. 1re, 2e et 3e années. — *Hydrologie et minéralogie* (fondation de l'Université) : M. N...... Minéralogie et hydrologie : applications à la pharmacie, à la médecine et à l'hygiène. Mardi, jeudi, samedi, à 10 h. 1/2. 1re, 2e et 3e années.

Conférences.

Pharmacie : M. DUPOUY. Etude des principaux médicaments d'origine organique. Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures 1/4. 1re, 2e et 3e années. — *Toxicologie* : M. BARTHE. Toxicologie des composés organiques. Mardi, vendredi, à 5 heures, 1re, 2e et 3e années.

Travaux pratiques.

Micrographie : M. LASSERRE. Laboratoire d'histoire naturelle. Lundi, vendredi de 7 h. à 9 heures, 3e année. — *Pharmacie et chimie* : M. BARTHE. Laboratoire des travaux pratiques de pharmacie. Lundi, mardi de 2 h. à 5 heures. 1re année ; mercredi, vendredi de 2 à h. à 5 heures. 2e année. — *Analyses spéciales* : M. TOURROU. Laboratoire de chimie. Mardi, jeudi, samedi de 2 h. à 5 h. 3e année.

Enseignement clinique complémentaire.

SEMESTRES D'HIVER ET D'ÉTÉ.

Consultations gratuites réservées aux indigents.

Maladies chirurgicales : M. LANELONGUE, jeudi, à 8 heures ; M. DEMONS, vendredi, à 8 h. 1/2. — *Maladies du cœur* : M. PICOT, mardi, à 9 heures. — *Maladies du système nerveux* : M. PITRES, mercredi, samedi, à 9 heures. — *Electrothérapie* : M. BERGONIÉ, lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. — *Maladies de la peau* : M. DUBREUILH, lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures ; opérations, jeudi,

à 9 heures. — *Maladies des femmes* : M. Boursier, jeudi, samedi, à 1 heure. — *Maladies des voies urinaires* : M. Pousson, lundi, mercredi, à 1 heure. — *Maladies du larynx, des oreilles et du nez* : M. Moure, mercredi, samedi, à 9 h. (gorge et larynx); mardi, vendredi, à 9 h. (oreilles et nez) ; samedi, à 9 h. (opérations). — *Maladies mentales* : M. Régis, mardi, à 1 heure. — *Maladies des pays chauds* : M. Le Dantec, lundi, vendredi, à 2 h. 1/2. — *Maladies des yeux* : M. Badal, tous les jours, à 9 heures. — *Maladies des femmes enceintes* : M. Lefour, mercredi, à 1 heure. — *Maladies chirurgicales des enfants* : M. Piéchaud, lundi, 8 h. du matin, 4 h. du soir ; mercredi, vendredi, à 8 heures. — *Maladies internes des enfants* : M. A. Moussous, mardi, jeudi, samedi, à 9 heures.

Enseignement des élèves sages-femmes.

Semestre d'hiver. — 1re Année. — *Anatomie élémentaire* : M. Cavalié, jeudi et samedi, à 10 heures. — *Physiologie élémentaire* : Jolyet, mardi, à 10 heures. — 2e Année. — *Cours théorique d'accouchements* (1re partie) : M. Fieux, mardi, vendredi, à 10 heures.

Semestre d'été. — 1re Année. — *Physiologie élémentaire* : Jolyet, mardi, à 10 heures. — *Pathologie élémentaire* : M. Andérodias, jeudi, samedi, à 10 heures. — 2e Année. — *Cours théorique d'accouchements* (2e partie) : M. Fieux, mercredi, vendredi, à 10 heures.

Enseignement de la Médecine coloniale.

Cet enseignement a été créé en vue du diplôme de médecin colonial et de l'examen du médecin sanitaire maritime. — Les cours auront lieu pendant le 1er trimestre (novembre-décembre-janvier.) — *Une affiche spéciale sera publiée en octobre et indiquera le programme complet de l'enseignement.*

Le Secrétariat est ouvert tous les jours non fériés : de 10 heures à midi, pour la réception des consignations et pour la délivrance des certificats et pièces diverses ; de 1 h. 1/2 à 4 heures (sauf pendant les vacances), pour les renseignements.

Les *Inscriptions* seront reçues, de 10 heures à midi, aux dates ci-après : Médecine, 21 octobre au 5 novembre, 1er au 15 janvier, 1er au 15 avril, 25 juin au 10 juillet ; — Pharmacie, 1er au 15 novembre, 1er au 15 janvier, 1er au 15 avril, 25 juin au 10 juillet.

Programme des études en vue du diplome de médecin colonial.

Les études en vue du diplôme de médecin colonial comprennent : des études cliniques, des travaux pratiques et des leçons théoriques.

1° *Études cliniques.* — Les études cliniques auront lieu à partir de 8 heures du matin dans les différents hôpitaux et établissements hospitaliers civils et militaires de Bordeaux. MM. les Professeurs, Médecins des hôpitaux et Chefs de service feront connaître par voie d'affiche les cas intéressants soumis à leur examen et sur lesquels ils se proposent de faire une démonstration ou une leçon clinique. Une consultation spéciale de pathologie, où seront admis les passagers des paquebots, les malades envoyés par les compagnies de navigation, les marins et matelots du port, etc., sera faite à Saint-Raphaël (annexe de la Faculté) par le Chargé du cours complémentaire de pathologie exotique. L'Administration des hospices réservera un certain nombre de lits dans une salle de l'hôpital Saint-André pour les cas ressortissant à la pathologie exotique.

2° *Travaux pratiques.* — Les travaux pratiques et les conférences afférentes aux travaux pratiques auront lieu de 2 heures à 5 heures, sur les matières comprises dans le programme suivant : Technique histologique. Microphotographie. Technique bactériologique. Hématologie. Paludisme. Parasites de la malaria. Sporozoaires. Hémoprotozoaires des animaux. Dourine. Fièvre typhoïde (analyse bactériologique des eaux, séro-diagnostic). Choléra. Peste. Diphtérie (diagnostic. sérothérapie). Rage (diagnostic, traitement). Tuberculose. Lèpre. Tétanos. Typhus récurrent. Septicémies. Dysenteries. Abcès du foie. Pratique de la désinfection. Dermatophytes. Dermatozoaires. Helminthes. Examen des matières fécales et des urines au point de vue parasitaire. Sangsues. Arachnides et insectes venimeux. Poissons vulnérants et toxicophores. Reptiles venimeux. Produits alimentaires, médicinaux et toxiques de la flore exotique. Poisons d'épreuve. Armes et flèches empoisonnées. Chirurgie du foie, de l'intestin. Urologie clinique. Anthropométrie ; crâniologie.

3° *Leçons théoriques.* — Les leçons théoriques auront lieu de 5 heures à 6 heures du soir. Elles porteront principalement sur les matières suivantes : Hygiène et prophylaxie des maladies coloniales. Climatologie. Géographie médicale. Maladies déterminées par l'action du soleil. Diarrhée des pays chauds. Fièvre jaune. Dengue. Béribéri. Scorbut. Pathologie cutanée et vénérienne dans les pays chauds. Verruga du Pérou. Pinta. Tokelau. Pied de madura. Eléphantiasis. Aïnhum. Goundou. Pian. Syphilis. Phagédénisme des chauds. Ophtalmologie tropicale. Névrose dans les pays chauds. Intoxications par l'opium, le haschisch, etc. Législation sanitaire. Mesures à prendre dans les cas d'épidémie. Renseignements et conseils sur les vêtements, les habitations, les aliments, etc. Liste des objets à emporter aux colonies. Instructions au point de vue de l'ethnographie, de l'histoire naturelle, des études coloniales, etc.

La Faculté de médecine se propose, en outre, d'instituer des conférences publiques se rapportant à la pathologie exotique et aux études coloniales, en intéressant à ces conférences, en dehors de l'Université, les Corps constitués: Municipalité, Conseil général, Chambre de commerce, les Sociétés savantes ou autres, les Amis de l'Université, etc. Ces conférences auront lieu à 8 h. 1/2 du soir dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, place d'Aquitaine.

Il sera fait appel, pour ces conférences, aux professeurs appartenant à l'Université de Bordeaux ou à d'autres Universités, aux médecins de l'Armée, de la Marine et des Colonies, aux anciens élèves sortis de l'Ecole de Bordeaux, aux explorateurs, aux savants français ou étrangers et à toute personne ayant une compétence spéciale sur les questions à traiter.

Frais d'études. — Arrêté ministériel du 15 juillet 1901. Est approuvée la délibération du Conseil de l'Université de Bordeaux fixant ainsi qu'il suit les droits à percevoir pour études et examens en vue du titre de *Médecin colonial* de cette Université :

1 droit annuel d'immatriculation à.....	20 fr.
1 droit annuel de bibliothèque à.......	10 fr.
1 droit trimestriel de laboratoire à.....	150 fr.
1 examen à........................	20 fr.

En vertu d'une décision ministérielle en date du 19 juillet 1901, les étudiants en médecine pourvus de 16 inscriptions, en cours d'études, sont dispensés du droit d'immatriculation et du droit de bibliothèque en vue du titre universitaire de *Médecin colonial.* Des dispenses, soit du droit d'immatriculation, soit du droit de bibliothèque, soit de l'un et de l'autre de ces droits, peuvent être concédées par la Faculté aux candidats au titre susvisé. Des dispenses de droit de laboratoire, portant sur un ou plusieurs trimestres, pourront être également accordées à cette catégorie d'étudiants.

Thèse de Bordeaux 1903-1904.

MM. Bizière. Etude sur les cornes cutanées. — Corcelle. De la valeur du coefficient de robusticité Pignet et de la pression dynamométrique manuelle comme éléments de pronostic morbide. — Riou-Langal. De la pyolabyrinthite et de son traitement. — Cartais. Contribution à l'étude de l'actinomycose des canalicules lacrymaux. — Gauthier. Des insertions vraies des polypes fibreux naso-pharyngiens et de leur traitement. — Prioulat. L'occlusion intestinale pendant la puerpéralité.

MM. Soubouréau. De la psychologie des voleurs dans les grands magasins. — Lanly. Dix ans de psychose post-puerpérale observés au service de l'isolement des délirants de l'hôpital Saint-André de Bordeaux (1902-1903.) — Boudet. Contribution à l'étude du rein polykystique de l'adulte. — Fauveau. Des névrites et atrophies du nerf optique à la suite de l'érysipèle de la face. — Desselle. Des tumeurs perlées de l'iris. — Legendre. Amputation de la jambe au tiers supérieur par le procédé bordelais. — Lécozier. Sur un procédé de sutures encore peu connu : les agrafes de Michel. — Baqué. Les amputations basses dans les gangrènes par endartérite chronique. — Tuber. Contribution à l'étude des tumeurs malignes du testicule en ectopie inguinale. — Joly. Contribution à l'étude séméiologique et thérapeutique des dacryocystites d'origine nasale.

MM. Barreau. Contribution à l'étude des kystes huileux péri-orbitaires. — Gonin. Etude de l'épilepsie expérimentale par les courants intermittents de basse tension. — De Champtassin. Considérations sur l'entraînement athlétique. — Robineau. Valeur séméiologique de l'anesthésie conjonctivale et cornéenne dans l'hystérie. — Arquier. Considérations générales sur la suppléance nerveuse dans un cas de paralysie faciale. — Brun. Contribution à l'étude de l'assistance des dégénérés en France. — Dufour. Contribution à l'emploi thérapeutique de la diéthylmalonylurée (véronal). — Coulongeat. Contribution à l'étude des amers et de l'action qu'ils exercent sur les rapports des éléments du sang. — Codet-Boisse. Evolution clinique à type malin dans les fibromes de l'ovaire (fréquence de ce type). — Vigen. Le talent poétique chez les dégénérés.

MM. Fleury. Traitement des brûlures par le pansement au sérum. — Antoine. Etiologie et pathogénie des ptoses viscérales. Leur traitement chirurgical. — Aka. Etude anatomo-clinique sur le sinus latéral. — Dubreuil. La ponction lombaire à l'hôpital des enfants de Bordeaux. Notes statistiques. Nov. 1900. Mai 1905. —

ADRESSE TÉLÉGRAPHIQUE
LILLIPUT-PARIS
St-Pétersbourg — Londres

E. KRAUSS

OPTIQUE ET MÉCANIQUE DE PRÉCISION
PARIS, 21 et 23, rue Albouy, PARIS

TÉLÉPHONE
441—15
Tokio — Berlin

MICROSCOPES ET ACCESSOIRES

KRAUSS — BAUSCH — LOMB
Association pour le perfectionnement de l'Optique et de la Mécanique de précision

Combinaison dite « PASTEUR-KOCH »

RECHERCHES MÉDICALES ET BACTÉRIOLOGIQUES

Stand BBII (avec condensateur Abbe. ouv. num. 1,20) .... 150 f.
Objectifs achromatiques à grande ouverture { f = 18 m.m. .. 19 » / f = 4.2 m.m. .... 37 »
Immersion homogène 1/12, f = 2,1 m.m. (ouv. num. 1,32) .... 124 »
Triple révolver .... 25 »
Oculaires Huyghens f = 37 et 25 m.m ...... 12 »
L'Appareil complet en armoire .... 367 f.

Grossissements : 60, 87, 290, 385, 675, 900 diamètres

MICROSCOPE, modèle 1903-1904 pour Etudiants et Elèves des Facultés

Stand AABI avec inclinaison (crémaillère et pignon, vis micrométrique, condensateur Abbe, ouv. num. 1,00 .... 85 f.
Objectifs achromatiques à grande ouverture { f = 18 m.m. .... 19 » / f = 3,2 m m. .... 37 »
Double révolver .... 19 »
Oculaires Huyghens f = 37 et 18 m.m .... 12 »
L'Appareil complet en armoire .... 172 f.

Grossissements : 60, 110. 415, 760 diamètres
Consulter notre Catalogue spécial pour les autres modèles

Sur demande envoi GRATIS et FRANCO de nos Catalogues :
Microscopes et Accessoires, Centrifugeurs universels
Microtomes. Préparations microscopiques, Chambre microphotographique
Réactifs et colorants spéciaux à la Micrographie et à la Bactériologie

CENTRIFUGEURS UNIVERSELS

KRAUSS — BAUSCH — LOMB
Association pour le perfectionnement de l'Optique et de la mécanique de précision



Modèle A Centrifugeur à une seule vitesse (3.000 tours par minute). Système attache pour deux tubes. Hauteur de l'instrument, 25 cent. ; capacité de chaque tube, 15 c. c.
L'Appareil complet ..... **70 fr.**

Modèle B (Voir figure ci-contre), 2 vitesses : 1° **2.000 à 3.000 tours par minute ; 2° 10.000 à 12.000 tours par minute.** Système-attache pour deux tubes, Hématocrite du Dr Daland et tubes spéciaux pour analyse du pus, Pipette.
L'Appareil complet ... **150 fr.**

Système-attache pour 4 tubes, **25 fr.**

Les **Centrifugeurs Krauss, Bausch, Lomb**, sont universellement reconnus les plus pratiques et très appréciés dans les **Laboratoires**, les **Hôpitaux** et les **Facultés** où ils sont en usage à **Paris, Bordeaux, Lille, Lyon, Montpellier, Toulouse**, etc., etc.

CENTRIFUGEUR ELECTRIQUE (MODÈLE 1902)
COURANT CONTINU ET COURANT ALTERNATIF (MODÈLE 1904)
avec hématocrite Daland .... 225 fr.
CENTRIFUGEUR A EAU (MOD. 1902). 100 fr.

GUÉRISON DE LA **TUBERCULOSE** PAR LE

PHTISOL

ou SULFALLYLGLYCOPHOSPHO (Ferment calcique)

Mode d'emploi : 10 cuillerées à soupe par jour en 5 fois, par 2 cuillerées. — Enfant, moitié dose.

Dépôt : PHARMACIE ROYALE, 8, Place de la Madeleine, PARIS

Névrosthénine

Gouttes concentrées et inaltérables de Glycérophosphates de soude, potasse et magnésie principaux éléments de la matière nerveuse. — La **Névrosthénine** ne contient ni sucre ni alcool, ni chaux qui chez l'adulte et le vieillard favorise la dégénerescence athéromateuse.
Dose moyenne à chaque repas : 10 gouttes, contenant 0 gr. 20 de glycérophosphates.
(Neurasthénie sénile, Diabète, Albuminurie, Paralysie générale, Dégénérescence nerveuse, etc.)
Prix du Flacon-compte-gouttes, **3 fr.**, rue de Rennes, 105, Paris, et les principales Pharmacies



Une Capsule contient
SANTALOL : $C^{15}H^{26}O$. 28 ctgr.
SALOL : $C^{12}H^{4}(C^{14}H^{6}O^{6})$ 15 ctgr.
Dose : 6 *à* 10 *par jour*.
Paris, 31, Rue Philippe-de-Girard.

CHATEL-GUYON l'eau des constipés


Médication Reconstituante. — Traitement PHOSPHO-ARSÉNIO-HÉMATIQUE
Véritable SPÉCIFIQUE des DYSCRASIES CONSOMPTIVES
Accélérateur et Régulateur de la Nutrition Générale.
Réunissant sous forme synthétique, organique, l'activité continue et multipliée de la
MÉDICATION PHOSPHORÉE, ARSÉNICALE ET HÉMATIQUE
NERVOCITHINE TISSOT
DRAGÉES, SIROP et AMPOULES
INDICATIONS : Neurasthénie, Anémies de toute origine, Chlorose, Troubles de Croissance et de la Nutrition, Diabète, Leucémie,
Fatigue musculaire et nerveuse, Surmenage, Rachitisme, Néoplasie, Impaludisme et toutes Débilités.
Prescrire : NERVOCITHINE TISSOT
MODE D'EMPLOI : 2 à 5 Dragées par jour aux repas; 2 à 6 cuillerées de Sirop. 1 à 2 Injections. — POUR LES ENFANTS : Moitié dose de Sirop de préférence.
Laboratoire du Dr TISSOT, 34, Boulevard de Clichy, PARIS, et toutes Pharmacies.
LITS, FAUTEUILS, VOITURES ET APPAREILS MÉCANIQUES
pour Malades et Blessés
DUPONT
Fabricant breveté s.g.d.g. — Fournisseur des Hôpitaux
à PARIS, Rue Hautefeuille, 10 (pr. de l'Ecole de Médecine)
2 MÉDAILLES D'OR, Exposition Universelle PARIS 1900
FAUTEUILS-PORTOIRS de tous systèmes
FAUTEUILS ROULANTS pour appartements et jardins.
TRANSPORT du lit au fauteuil.
FAUTEUIL avec grandes roues caoutchoutées, mû par 2 manivelles
VOLTAIRE ARTICULÉ avec tablette-appui pour malade oppressé.
DOSSIER garni. Élévation graduelle.
Plié.
Développé.
CADRE SPÉCIAL pour le transport des malades en landau et en chemin de fer.
Cannes et Béquilles avec sabots caoutchoutés.
AUTOMOTEUR avec Garde-Robe. Bouchon se retirant sous le siège.
VOITURE à LEVIER actionnée et dirigée au moyen d'une seule main
Sur demande, envoi franco du Grand Catalogue illustré avec Prix contenant 423 figures et ses Suppléments.
Téléphone 127-84.
Créosotal "Heyden" C'est le médicament spécifique pour le Traitement des
Infections broncho-pulmonaires aiguës. Toute Pneumonie est curable rapidement par hautes doses de Créosotal : à prendre en quatre fois 10 à 15 gr. par jour; pour les enfants, 1 à 5 gr. par jour. — Exiger le Cachet de garantie: "Heyden".
Notice et Renseignements : L. BARBERON, 15, Place des Vosges, PARIS.
DIATHÈSE URIQUE
PIPERAZOL TISSOT
(PIPERAZINE LITHINÉE)
Le MEILLEUR DISSOLVANT des calculs et concrétions uratiques ou biliaires.
JAMAIS de CONTRE-INDICATION
RHUMATISMES, GOUTTE, GRAVELLE, COLIQUES NÉPHRÉTIQUES et HÉPATIQUES, MIGRAINES, URTICAIRE, URINES CHARGÉES, etc.
Dose : Une cuillerée 2 à 3 fois par jour dans un verre d'eau. — DÉPOT : PARIS, 34, Bd de Clichy, et tes Phies.

Bonne, Dr Lacaze, médecin à l'Hôpital international Dr L. sel, médecin à l'Hôpital International. Dr Petit (Georges), ancien prosecteur à l'amphithéâtre de dissection. M. Pereygue, Docteur ès-sciences. M. De Ribaucourt, Docteur ès-sciences, Préparateur à la Faculté des Sciences, P. C. N. Dr Rousseau, Chirurgien-Dentiste des Hôpitaux. Dr Weber, Préparateur d'Histologie de la Faculté de médecine.

Chefs de Clinique et Démonstrateurs : MM. Bassot, Bilhoray, Buchy, Deneuve, Devauchelle, Fourcade, Fusch, Hachet, de la Loge, de Saint-Brisson, Mercadier, Montambert, Rebel Mlle Rousseau, Dr Rousseau.

Directeur Général : Dr Rousseau (O. A.) Chirurgien-Dentiste des Hôpitaux et de l'Etat ; *Censeur des Etudes* : Dr Georges Petit (O. A.), professeur libre d'Anatomie, ancien prosecteur à l'amphithéâtre de dissection.

Les cours de l'Ecole commencent en novembre pour se terminer en juillet. La clinique est permanente.

Richomme. Quelques considérations sur le rein mobile chez les dyspeptiques. — Lemaire. Du cocaïnisme aigu et chronique par la muqueuse nasale. — Wichn. Le service médical dans le Bled et les internes français des hôpitaux de Tunisie. — Athané. Contribution à l'étude de la mucocèle ethmoïdale. — Guignot. Pneumococcies oculaires. — Boismoreau. Contribution à l'étude de la vascularisation du diploé.

MM. Lemeignen. Sur le traitement des opacités cornéennes par les injections sous-conjonctivales d'eau de mer et d'air. — Lecompte. Des fractures du premier et du cinquième métatarsiens et en particulier de leurs fractures par arrachement. — Nouvat. Rougeole et grossesse. — Roche. L'ovaire des fibromateuses (Anatomie pathologique). — Fraysse. De l'anurie au cours des fibromes de l'utérus et kystes de l'ovaire. — Bergonier. Des erreurs attribuées à la radiographie des fractures. — Harismendy. Traitement de l'hypospadias balanique par la méthode de Beck (de New-York). — De Boucaud. Contribution à l'étude des nævi considérés comme un signe de malignité dans les tumeurs (signe de Trélat) notamment dans les tumeurs malignes profondes de l'abdomen. — Sonder. Etudes sur les variations de l'astigmatisme cornéen avec l'âge. — Saucet. Contribution à l'étude des arthropathies de la syphilis héréditaire tardive.

MM. Galthier. Recherches sur la sensibilité cutanée aux rubéfiants en particulier au chloroforme, à l'état normal, et dans quelques états pathologiques. — Tahier. Stupeur catatonique et stupeur mélancolique. — Quillier. Contribution à l'étude des paralysies oculaires d'origine hérédo-syphilitique. — Mathio. Evolution du traitement de la carie dentaire. — Dudon. Les tumeurs primitives du muscle masséter.

Date de mise en lecture des thèses de doctorat soutenues dans les Facultés de médecine.

On sait que les thèses soutenues dans chaque Université française ou étrangère sont expédiées aux autres Universités une fois par an, pendant les grandes vacances, et qu'elles n'arrivent généralement à destination que vers la fin du mois d'octobre.

Il en résulte pour nos Facultés de médecine françaises qu'une thèse soutenue à la rentrée prochaine, par exemple, ne parviendra aux autres Facultés qu'en octobre 1905. Le classement, l'inscription sur les catalogues, la reliure, prendront encore environ trois mois, de telle sorte que la mise en lecture d'une thèse de novembre 1904 n'aura lieu que vers janvier ou février 1906.

Nous apprenons qu'afin de faire bénéficier beaucoup plus tôt les médecins et les étudiants des bons travaux faits dans les diverses Facultés de médecine françaises, et désireuse de voir conserver aux thèses de doctorat, qui sont mises si tardivement en lecture, toute leur utilité et toute leur pleine valeur d'actualité, l'Assemblée de la Faculté de médecine de Bordeaux a émis le vœu que les thèses soutenues dans chaque Faculté soient régulièrement envoyées aux autres Facultés de médecine françaises trois fois par an, en août, en janvier et pendant les vacances de Pâques.

En proposant ces dates, qui correspondent à des périodes de vacances, la Faculté de Bordeaux a voulu écarter toute objection motivée par des difficultés de service et elle a demandé, en outre, qu'au cas où le personnel des Bibliothèques universitaires ne pourrait pas être chargé de ce surcroît de travail, l'envoi des thèses destinées aux Facultés de médecine soit assuré aux dates indiquées par les soins de MM. les secrétaires des Facultés.

Nous nous associons au vœu émis par la Faculté de Bordeaux qui est tout à fait dans l'intérêt des étudiants.

AVIS A NOS LECTEURS

Nous appelons, d'une façon toute particulière, l'attention de nos lecteurs sur toutes les **Annonces** *contenues dans le* **Numéro des Etudiants.**

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE

Doyen : M. Caubet.

Professeurs honoraires : MM. Basset et Noguès.

Année scolaire 1904-1905

Semestre d'hiver (du 3 novembre 1904 au 28 février 1905)

Cours et conférences.

Anatomie : M. Charpy, professeur, lundi, mercredi et vendredi à 4 heures. — *Histol. norm. et embryologie* : M. Tourneux, professeur, mardi, jeudi et samedi à 4 h. — *Anatomie et Histologie* : M. Dieulafé, agrégé, mardi, jeudi et samedi à 3 h. — *Pathologie externe* : M. Pénières, professeur, mardi, jeudi et samedi à 5 h. — *Médecine opératoire* : M. Labéda, doyen honoraire, professeur, lundi, mercredi et vendredi à 2 h. — *Pathologie générale* : M. Herrmann, professeur, lundi, mercredi et vendredi à 3 h. — *Microbiologie* : M. Morel, chargé du cours, mardi, et samedi à 3 h. — *Pathologie interne* : M. André, professeur, lundi, mercredi et vendredi à 5 h. — *Thérapeutique* : M. Saint-Ange, professeur, lundi, mercredi et samedi à 4 h. — *Hygiène* : M. Guiraud, professeur, mardi, jeudi et vendredi à 4 h. — *Physique pharmaceutique* : M. Cluzet, agrégé, lundi, mardi et mercredi à 5 h. — *Zoologie* : M. Suis, chargé de cours, lundi, mercredi et vendredi à 3 h. 1/2. — *Pharmacie* : M. Ribaut, agrégé, mardi, jeudi et samedi à 1 h. 1/2. — *Matière médicale* : M. Bræmer, professeur, mardi, jeudi et samedi à 3 h. — *Chimie minérale* : M. Aloy, chargé du cours, jeudi, vendredi et samedi à 5 h. *Hydrologie et Minéralogie* : M. Garrigou, chargé du cours, mardi, jeudi et samedi à 4 heures.

Semestre d'été (du 1er mars au 31 juillet 1905).

Cours et conférences.

Physiologie : MM. Abelous, professeur, lundi, mercredi et vendredi à 5 h., et Bardier, agrégé, mardi, jeudi et samedi à 4 h. — *Chimie biologique* : M. Aloy, chargé du cours, lundi et mercredi à 4 h. — *Physique biologique* : M. Marie, professeur lundi à 10 h. 1/4, mardi et samedi à 5 h. — *Anatomie topographique* : M. Soulié, chargé du cours, lundi, mercredi et vendredi à 4 h. — *Pathologie externe* : MM. Bauby et Mériel, agrégés, lundi, mercredi et vendredi à 3 h. — *Obstétrique* : M. Thoyer-Rozat, agrégé, lundi, mercredi et vendredi à 5 h. — *Pathologie interne* : M. Cestan, agrégé, mardi, jeudi et samedi à 3 h. ; M. Baylac agrégé. — *Anatomie pathologique* : M. Tapie, professeur, mardi, jeudi et samedi à 5 h. — *Médecine légale* : M. Guilhem, professeur, mardi, jeudi et samedi à 4 h. — *Médecine expérimentale* : M. Maurel, professeur, lundi, mercredi et vendredi à 5 h. — *Chimie et Toxicologie* : M. Frébault, professeur, mardi, jeudi et samedi à 2 h. — *Botanique* : M. Lamic, professeur, lundi, mercredi et vendredi à 5 h. — *Pharmacie* : M. Bibaut agrégé, chargé du cours, lundi, mercredi et vendredi à 3 h. 1/2.

Cliniques.

Hiver. — *Clinique médicale* : M. Mossé, prof., mardi, jeudi et samedi à 8 h. 1/2. — *Clinique chirurgicale* : M. Jeannel, professeur, lundi, mercredi et vendredi à 8 h. 1/2. — *Clinique obstétricale* : M. Audebert, chargé de cours, mardi et samedi à 9 h. 1/2. — *Clinique des maladies des enfants* (le jeudi, au Dispensaire, rue des Trois-Renards) : M. Bézy, professeur, mercredi, jeudi et samedi à 9 h. 1/2. — *Clinique des maladies mentales* : M. Rémond, professeur, lundi, mercredi et vendredi à 9 h. 1/2. — **Eté.** — *Clinique médicale* : M. Caubet, Doyen, prof. mardi, jeudi et samedi à 8 h. — *Clinique chirurgicale* : M. E. Cestan chargé de cours, lundi, mercredi et vendredi à 9 h. 1/2. — *Clinique obstétricale* : M. Audebert, chargé du cours, jeudi à 9 h. 1/2. — *Clinique ophtalmologique* : M. Frenkel, chargé du cours, mardi, jeudi et samedi à 10 h. 1/2. — *Clinique syphiligraphique et dermatologique* : M. Audry, professeur, lundi, mercredi et vendredi à 10 h. 1/2. — Visite à l'Hôpital tous les jours.

Travaux pratiques.

Hiver. — *Anatomie* : M. Dieulafé, chef des travaux, tous les jours à 1 h. — *Anatomie pathologique* : M. Daunic, chef de travaux, jeudi et samedi à 2 h. — *Bactériologie* : M. Morel agrégé libre. — *Chimie* : MM. Mailhe chef de travaux, vendredi et samedi à 8 h. et N..., chef-adjoint de travaux, lundi, mercredi et vendredi à 1 h. — *Physique* : M. Cluzet, agrégé, chef de travaux, jeudi à 4 h. 1, samedi à 4 h. et 9 h. 1/2 — *Micrographie* : M. Gabelle, chef de travaux mercredi à 9 h. — *Pharmacie* : M. Ribaut, agrégé chef de travaux, mercredi et vendredi à 1 h. 1/2. **Eté.** — *Physiologie* : M. Bardier, chef de travaux, lundi, mercredi et vendredi à 1 h. 1/2. — *Histologie* : M. Soulié, agrégé, mardi, jeudi et samedi à 1 h. 1/2. — *Chimie biologique* : M.

Aloy, chargé du cours, mardi, jeudi et samedi à 3 h. — *Physique biologique* : M. Cluzet, agrégé chef de travaux, mardi, jeudi et samedi à 3 h. — *Médecine opératoire* : M. Mériel chef de travaux, lundi, mercredi et vendredi à 1 h. — *Chimie* : MM. Mailhe, chef des travaux, lundi, vendredi et samedi à 8 h., N..., chef-adjoint de travaux, mercredi et vendredi à 1 h. — *Micrographie* : M. Gabelle chef de travaux, jeudi 9 h. à 3 h. et vendredi à 9 h. — *Pharmacie* : M. Ribaut, argégé chef de travaux, mercredi et vendredi à 1 h. 1/2.

Laboratoire des Cliniques (*Exercices pratiques à l Hôpital.*)

Anatomie pathologique : M. Rispal, agrégé libre, chef de travaux. — *Chimie appliquée à la pathologie* : N..., — *Physique appliquée à la pathologie* : M. Sorel, chef des travaux. — *Propédeutique* : Rispal, agrégé libre.

Sages-Femmes.

Hiver. — *Accouchements* : M. Audebert, chargé de cours, tous les jours à 8 h. — *Cours théorique d'obstétrique* : M. Audebert, chargé de cours, jeudi à 9 h. — *Anatomie, physiologie, pathologie élémentaires* : M. Bardier, agrégé, lundi, mercredi et vendredi à 10 h. — **Eté.** — *Accouchements* : M. Audebert, chargé de cours, tous les jours à 8 h. — *Cours théorique d'obstétrique*: M. Audebert, chargé de cours, mardi, et samedi à 9 h.

Récompenses et prix décernés par la Faculté. — Bourses. — Dispenses.

Prix Lefranc de Pompignan. — Une rente de 1,700 francs par an, provenant d'un legs de M. le marquis Lefranc de Pompignan, permet de décerner, tous les trois ans, une bourse à l'étudiant en médecine ayant pris régulièrement, et sans interruption pendant trois ans, ses inscriptions pour le doctorat à la Faculté de Toulouse et s'étant distingué par sa bonne conduite et ses progrès Le lauréat reçoit 1,700 francs par an pendant trois ans, pour aller continuer ses études à Paris. Ce prix sera décerné en juillet 1906.

Prix Lasserre. — Par suite d'un legs fait à l'Ecole de Médecine de Toulouse, un prix de 500 francs est décerné chaque année, s'il y a lieu, à l'élève qui, après avoir étudié trois années au moins dans la dite Ecole, y aura pris son grade avec le plus de distinction. En conséquence, ce prix sera décerné comme prix de thèse (Doctorat en médecine).

Prix Gaussail. — Mme veuve Gaussail ayant fait don à la ville de Toulouse d'une somme de 40,000 francs, dont le revenu est distribué annuellement sous forme de prix à des étudiants en médecine, un concours spécial est ouvert, à la fin de l'année scolaire, pour la délivrance de ces prix, entre les élèves de première année et entre les élèves de deuxième année.

Prix Bascou-Lhuillier. — Mlle Bascou a institué par testament un prix d'environ de 2,000 francs, pour être décerné chaque année. Ce prix a été attribué à un élève de 3e année (12 inscriptions).

Prix du docteur Jessé. — Mme veuve Jessé a légué en 1903, à la Faculté, une somme de 20,000 francs pour la fondation d'un prix à décerner à l'étudiant le plus méritant de la Faculté. (Les formalités d'acceptation de ce legs ne sont pas encore terminées.)

Prix Maury. — M. Maury a institué par testament trois prix annuels de 1,000 francs en faveur des étudiants dénués de fortune et les plus méritants, qui ont pris leur titre de docteur dans le courant de l'année. (La Faculté ne dispose pas encore de ce legs).

Prix de la Faculté. — Ces prix consistent en médailles et livres, décernés, à la suite de concours de fin d'année, entre les étudiants tant en médecine qu'en pharmacie.

Prix aux élèves sages-femmes. — Un concours de fin d'année est ouvert entre les élèves sages-femmes. Il est accordé une médaille d'argent et une mention honorable pour les élèves de 2e année ; une médaille de bronze et une mention honorable pour les élèves de 1re année.

Prix de Thèses. — Outre le prix Lasserre cité plus haut, des prix sont décernés aux auteurs des meilleures thèses soutenues dans l'année.

Bourses. — Des bourses nationales existent en faveur des étudiants en médecine et en pharmacie. Les concours ont lieu dans la dernière quinzaine d'octobre. Pour la première année de médecine et de pharmacie, l'attribution de ces bourses a lieu sans concours ; elles peuvent être concédées à des étudiants ayant obtenu la note « *bien* » aux examens du baccalauréat (et 75 points aux examens du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles pour la médecine).

Dispenses. — Des dispenses du droit d'inscription sont accordées chaque année, par la Faculté, à un dixième des étudiants astreints à ce droit. Les demandes en vue de ces dispenses doivent être remises avant le 25 octobre *précédant l'année scolaire* pour laquelle la remise est demandée.

Thèses soutenues devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Toulouse pendant l'année scolaire 1903-1904.

1. MM. Verdier (Xavier). Sur quelques effets physiologiques de la musique. Contribution à l'étude des bases physiologiques de la musicothérapie. — Goujon (Jules). Sur le traitement des tabes par les frictions mercurielles et le traitement mixte. — Grandchamp (René). Pyramidon et fièvre typhoïde. — Pouy (Jean). Traitement chirurgical des hémorrhoïdes par le procédé de Vercesco-Petarca. — Bonnet (Georges). Etude critique sur la classification des maladies mentales. — Richard (Clément). Statistique du service de diarrhée d'été à la clinique infantile de la Faculté de Toulouse pendant les années 1902 et 1903. — Azéma (Henri). De la broncho pneumonie tuberculeuse chez les enfants. — Gailhac (Pierre). Contribution à l'étude des corps étrangers de l'œsophage chez l'enfant. — Constantin (Eugène). La néphrite charbonneuse expérimentale. — Rambaud (Joseph). Etude sur les tumeurs paranéphrétiques.

11. MM. Bidache (Ernest). Contribution à l'étude de l'emphysème sous-cutané d'origine pulmonaire (emphysème à triple siége chez les enfants). — Caniveng (Joseph). Les grandes mutilations syphilitiques du centre de la face. — Morère (Jean). Contribution à l'étude des abcès du pénis. — Matalène (Didier). De quelques particularités de la gale chez l'enfant. — Ricard (Louis). Granulosis rubra nasi. — Rouquet (Antoine). Contribution à l'étude clinique de la cryogénine. — Doussinet (Pierre). Considérations anatomiques et cliniques sur l insertion vélamenteuse du cordon ombilical. — Laborie (Gabriel). Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les injections d'huile de mercuriale. — Gleize (Auguste). Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde pendant les suites de couches. — Brissaud (Jean) Contribution à l'étude de la strophantine (étude historique et expérimentale).

21. MM. Ancian (Gaston). L'hémostase médicale et chirurgicale des fosses nasales. — Deguiral (François). Photothérapie par l'arc électrique. — Babou (Alexandre). Documents sur la prostitution et les maladies vénériennes à Toulouse. — Pinel (Pierre). Collargol et infections puerpérales. — Gontier (Paul). Sur un cas de tumeur mixte du maxillaire supérieur. — Coronat (Gustave). Contribution à l'étude des séquestrations arbitraires. — Mirabail (André). Les colonies scolaires de vacances à Toulouse. — Vignères (Urbain). Contribution à l'étude de la mydriase à bascule. — Conte (Etienne). Contribution à l'étude du ptérygion envahissant. — Chadoutaud (Edgard). Les hyperdistensions partielles du segment inférieur de l'utérus.

31. MM. Landelle (Armand). Les eaux sulfurées sodiques (stations pyrénéennes). Exploitation et thérapeutique. — Augey (Alban). Contribution à l'étude des souffles extra-cardiaques. — Puéchavy (Léon). Contribution à l'étude de la pathogénie du syphilome ano-rectal. — Cambillet (Alexandre). Les « pseudo-dysenteries». — Bourras (Pierre). Contribution à l'étude du tubercule anatomique. — Buy (Fernand). Caractéres des délires d'intoxication. — Verlac (Jean). Contribution à l'étude clinique des arthopathies pelviennes d'origine gravidique. — Mothe (Hector). Sur l'emploi de l'ésérine dans le traitement des kératites, — Foch (Jules). La tuberculose à Toulouse. — Lasserre (Jacques). Contribution à l'étude du genre Nocardia (G. streptothrix Cohn). Description d'une espèce nouvelle.

41. MM. Ouvrieu (Jean). Sur le traitement du goitre exophtalmique. De l'action du salicylate de soude dans la maladie de Basedow. — Laval (Albert). Etude clinique des tumeurs malignes de l'arrière-cavité des fosses nasales. — Cazeneuve (Henri). Contribution à l'étude de la mortalité infantile toulousaine. — Pujol (Eugène). Contribution à l'étude des fractures du crâne chez le nouveau-né au point de vue médico-légal. — Garmy (Antoine). Contribution à l'étude sur l'astigmatisme cornéen déterminé par le ptérygion. — Scalieri (Thémistocle). Quelques considérations sur la chirurgie de l'apophyse mastoïde.

Doctorat d'Université (Médecine). MM. Pétroff (Stéphan). De quelques paralysies faciales chez l'enfant. — Andréeff (Théodor). Contribution à l'étude des anévrismes de l'aorte descendante.

Doctorat d'Université (Pharmacie). MM. Dore (Jacques). Etude botanique, chimique et pharmacotechnique des géranium atlanticum et géranium maculatum. — Biais (Augustin). Les eaux potables de Limoges. — Irissou (Louis). Etude des eaux d'alimentation, particulièrement des eaux de citerne de la ville de Cordes (Tarn). — Lasserre (Auguste). Contribution à l'étude des laits de Toulouse au point de vue économique et hygiénique. — Salvetat (Pierre). Analyse chimique de l'eau minérale de Sentein (Ariège). — Brunet (Jean). Contribution à l'étude des extraits de solanées du Codex.

Association générale des Etudiants de Toulouse.

Cette association a été fondée il y a environ 20 ans. Elle a non seulement pour but de piloter les étudiants nouveaux à Toulouse, de leur indiquer des logements et des restaurants. Elle possède une bibliothèque, reçoit un grand nombre de journaux de toute nuance politique ainsi que des revues littéraires, médicales, etc.., de plus un billard, un piano, des échecs et toutes sortes de jeux sont à la disposition des associés. Un petit orchestre d'Etudiants donne quelques auditions et la situation de l'A. au-dessus d'un café permet de servir des consommations à prix réduit. En outre, suivant l'état financier, l'A. donne quelques fêtes intimes ou « amicales » et annuellement le « bal de l'Université » ; quand les finances sont prospères, elle donne un ou deux grands concerts à ses Membres honoraires. — Un docteur prodigue gratuitement ses soins aux Membres de l'A.

Chaque camarade associé paie une cotisation mensuelle de deux francs ; mais l'équilibre du budget est surtout assuré par les cotisations des Membres honoraires, qui jouissent de tous les droits des membres actifs sauf du droit de vote, et par des subventions de l'Etat, de la Ville de Toulouse et de l'Université. — L'A. est dirigée par un Conseil d'administration composé de 30 membres élus parmi les membres actifs.

La Faculté de Toulouse réalise en ce moment de notables améliorations et accroissements grâce aux ressources budgétaires de son Université. Celle-ci a pu, avec le concours de l'Etat et de la Ville, gager un emprunt d'un million, destiné à développer ses établissements d'enseignement supérieur. A la médecine, un annexe important se bâtit, qui doit grouper en des pavillons séparés les divers services de la biologie : physique médicale, chimie médicale, bactériologie, médecine expérimentale, anatomie pathologique, pathologie générale, chaque section ayant sa cour et son chenil, et, pour l'ensemble, un grand amphithéâtre et une salle de cours et conférences. Les services ainsi distraits des bâtiments généraux de la Faculté laisseront des locaux disponibles pour l'agrandissement de diverses sections trop à l'étroit : anatomie, histologie, bibliothèque.

L'annexe biologique s'élève sur un terrain tout voisin de la Faculté, et pouvant être accru ultérieurement, selon les besoins, par l'acquisition d'immeubles voisins, de médiocre valeur, de sorte qu'en assurant le présent, on prévoit aussi l'avenir.

Ces nouveaux services et les aménagements subsidiaires de la faculté seront réalisés dans le cours de la présente année scolaire.

L'éventualité de l'adoption de la nouvelle loi militaire, avec le service de deux ans, trouble quelque peu le contingent ; beaucoup d'étudiants, devançant l'appel, prennent une première inscription, puis disparaissent, provoquant un écart notable entre les résultats du 1er trimestre et ceux des trimestres suivants. C'est une crise, qui au total ne paraît pas devoir diminuer sensiblement le recrutement des étudiants en médecine. Le budget universitaire pourra au contraire pâtir quelque peu par le déchet qui se fera du côté des étudiants en droit (Doctorat).

En attendant la réforme tant souhaitée et attendue du Statut de l'agrégation, la faculté a, dans la mesure du possible, réalisé l'amélioration de cette carrière universitaire, en s'attachant par des cours complémentaires, des directions de laboratoires et de travaux pratiques les agrégés arrivés en fin d'exercice et devenus agrégés libres. Tout le monde y gagne : les agrégés intéressés et surtout l'enseignement, qui conserve un personnel de science et d'expérience.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Nous signalons à nos lecteurs l'**Educational Number** du *British Medical Journal* (3 septembre), **The Student's Number** de *The Lancet* (3 septembre) et l'**Educational Number** de *The Medical Press* (14 septembre), qui contiennent tous les renseignements relatifs à l'enseignement de la médecine en Angleterre, en Ecosse et en Irlande.

ECOLES DE PLEIN EXERCICE

École d'Alger.

ANNÉE SCOLAIRE 1904-1905.

Directeur : M. N.

Professeurs honoraires : MM. CH. BOURLIER et A. TREILLE.

Cliniques.

Toute l'année à l'Hôpital civil.

Clinique médicale : M. COCHEZ A. Lundi et vendredi, à 10 h. — *Clinique chirurgicale* : M. VINCENT. Mercredi et samedi, à 9 h. 1/2. — *Clinique obstétricale* : M. GOINARD, professeur suppléant. Mardi et jeudi, à 10 h. — *Clinique des maladies des enfants* : M. CURTILLET. Mardi et samedi, à 10 h. — *Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées* : M. BRAULT. Mercredi, à 10 h. ; vendredi, à 10 h. — *Clinique ophtalmologique* : M. BRUCH. Lundi (exercices ophtalmoscopiques), et jeudi, à 10 h.

Les cours du semestre d'hiver commenceront le 3 novembre 1904 et auront lieu dans l'ordre suivant :

(Pour le premier semestre, les registres d'inscriptions seront ouverts du 4 au 12 novembre.)

Anatomie : M. TROLARD. Lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi, samedi, de 3 à 4 h. à l'amphithéâtre d'anatomie. — *Histologie pathologique* : M. PLANTEAU. Mercredi, vendredi, à 4 h. ; au laboratoire d'histologie. — *Pathologie externe* : M. CANGE, professeur suppléant. Mercredi et vendredi, à 5 h. ; au grand amphithéâtre. — *Histoire naturelle médicale* : M. TRABUT. Mercredi, jeudi, vendredi, à 5 h., à l'amphithéâtre de physiologie. — *Physique médicale* : M. GUILLEMIN. Lundi, à 5 h. — *Physique biologique* (doctorat). M. GUILLEMIN. Mardi, Samedi, à 5 h. — *Pharmacie* : M. BATTANDIER. Vendredi, samedi, à 4 h., à l'amphithéâtre de chimie. — *Chimie et toxicologie* : M. MALOSSE. Lundi, mardi, mercredi, à 5 h., à l'amphithéâtre de chimie.

Cours complémentaires (Décret du 14 juillet 1875).

Anatomie : M. LABBÉ. Mardi, samedi, à 3 h. — *Anatomie topographique* : M. WAROT, prosecteur d'anatomie, Jeudi, à 3 h. — *Physique* : Conférences. M. GRIMAL, professeur suppléant. Lundi, à 3 h., à l'amphithéâtre de physique.

Travaux pratiques.

Anatomie : Dissection. M LABBÉ, chef des travaux anatomiques. Lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi, samedi, à midi. — *Histologie pathologique* : M. PLANTEAU, professeur. Jeudi, de 1 h. à 3 h., au laboratoire d'histologie. — *Chimie et toxicologie* : M. MALOSSE, Henri, chef des travaux pratiques. Lundi, mardi, mercredi, de 1 h. à 4 h. — *Physique* : M. MALOSSE, Henri. Vendredi, de 1 h. à 3 h. — *Histoire naturelle* : M. CHAPUS, professeur suppléant. Jeudi, samedi, de 1 h. à 3 h.

Les cours du semestre d'été commenceront le 1er mars 1905 et auront lieu dans l'ordre suivant :

Histologie normale et embryologie : M. PLANTEAU. Lundi et mercredi, à 4 h., au laboratoire d'histologie. — *Physiologie* : M. REY. Lundi, mercredi, vendredi à 3 h., à l'amphithéâtre de physiologie. — *Pathologie interne* : M. SCHERB, suppléant. Mardi et vendredi, à 5 h., à 6 h. — *Hygiène et médecine légale* : M. MOREAU. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h., au grand amphithéâtre. — *Pathologie générale, microbiologie et parasitologie* : M. SOULIÉ. Mardi, jeudi et samedi, à 4 h., à l'amphithéâtre de physiologie. — *Thérapeutique* : M. HÉRAIL, chargé du cours. Mardi, samedi, à 5 h., à l'amphithéâtre de physiologie. — *Matière médicale* : M. HÉRAIL. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h., à l'amphithéâtre de physiologie.

Cours complémentaires (Décret du 14 juillet 1875).

Conférences de médecine opératoire : M. GOINARD, professeur suppléant. Mercredi et samedi, de 1 h. 1/2 à 3 h. 1/2. — *Conférences de médecine légale* : M. CRESPIN, professeur suppléant. Lundi, mercredi, à 5 h., au grand amphithéâtre. — *Chimie biologique* : M. GRIMAL, professeur suppléant. Lundi et vendredi, à 5 h., à l'amphithéâtre de chimie. — *Histoire naturelle* : M. CHAPUS, professeur suppléant. Mardi et samedi, à 5 h., à l'amphithéâtre de physiologie. — *Pharmacie et matière médicale* : M. BEULAYGUE, professeur suppléant. Jeudi, samedi, de 1 h. à 3 h., au laboratoire d'histoire naturelle. — *Conférence d'hydrologie* : M. BEULAYGUE, professeur suppléant. Jeudi et samedi, à 4 h., à l'amphithéâtre de physiologie.

Travaux pratiques.

Physiologie : M. REY, professeur ; M. JULIEN, préparateur. Mercredi, de 1 h. 1/2 à 3 h. — *Embryologie et histologie* : M. LABBÉ, prof. sup. Vendredi et samedi, de 1 h. à 3 h., au laboratoire d'histologie. — *Médecine opératoire* : M. GOINARD, prof. sup. Mercredi, samedi, de 1 h. 1/2 à 3 h. 1/2. — *Pathologie générale, microbiologie et parasitologie* : M. SOULÉ. Mardi, jeudi et samedi, de 1 h. 1/2 à 4 h. — *Chimie et toxicologie* : M. MALOSSE, Henri, chef des travaux pratiques. Lundi, mardi, mercredi, de 1 h. à 4 h. — *Chimie et physique biologique* : M. MALOSSE, Henri, chef des travaux pratiques. Jeudi, de 2 h., à 4 h. — *Histoire naturelle* : M. CHAPUS, prof. sup. Samedi, de 1 h. 1/2 à 3 h. 1/2. — *Matière médicale* : M. BEULAYGUE, prof. sup. Jeudi, vendredi, de 1 h, à 3 h., au laboratoire d'histoire naturelle.

Au commencement de chaque semestre, une affiche apposée à l'Ecole rappellera aux élèves les cours et les travaux pratiques auxquels ils sont soumis.

Services hospitaliers.

Renseignements généraux. — L'hôpital possède 800 lits répartis en onze services, dont cinq sont affectés aux différentes cliniques. Voici quelques renseignements sur ce qui s'est passé dans ces services durant les dernières années.

Clinique médicale. — Un pavillon de 40 lits, plus des cabinets, pavillon Trousseau), est affecté au service des hommes ; les femmes occupent la moitié du pavillon Andral, 20 lits et des cabinets. Un laboratoire, sous la direction du chef de clinique, est annexé au service.

Clinique chirurgicale et d'oculistique. — Le pavillon Dupuytren, 40 lits avec cabinets, est affecté aux hommes ; les femmes occupent une salle de 20 lits et des cabinets dans le pavillon Bichat. Les malades hommes de la clinique d'ophtalmologie sont logés dans une salle du pavillon Dupuytren, les femmes dans une baraque (salle Daviel, 10 lits et une chambre de pansements) en face de la salle Bichat.

Clinique obstétricale. — Ce service occupe le pavillon Dubois, composé d'une salle de 26 lits pour les femmes grosses ; une autre de 16 lits avec berceaux pour les accouchées, cabinets d'isolement, salle d'accouchement, etc.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées. — Ce service comprend 100 lits de vénériens et 32 pour les maladies de la peau.

Clinique des maladies des enfants. — Ce service, installé dans le pavillon Guersant, comprend deux salles de 40 lits chacune.

Les chefs des autres services, médecine et chirurgie, sont pour la plupart professeurs à l'Ecole. Les étudiants y trouvent aisément un enseignement pratique sur toutes les branches de la pathologie. Le service médical de cet établissement comprend, en outre, 16 internes en médecine, 7 internes en pharmacie et 12 externes, nommés au concours. Le traitement des internes est fixé comme il suit : internes de 1re classe, 1.200 fr. ; — internes de 2e classe, 1,000 fr. ; — provisoires, 800 fr. Les concours pour l'internat et l'externat ont lieu chaque année, au mois de novembre ; pour être admis à concourir pour l'internat, il faut justifier d'une année d'externat dans un hôpital ou de deux années de stage hospitalier.

Prix de l'Ecole de médecine.

Prix Poisson. — Ce prix, remis à la séance de rentrée des Ecoles, est institué pour les internes en médecine de 3e année ; il consiste en une médaille d'argent et une somme de 150 fr. ; le lauréat est, en outre, prorogé d'une année dans ses fonctions et nommé de 1re classe.

Anatomie. — Le nombre des sujets, pour les travaux pratiques d'anatomie, est de 150 environ pour le semestre d'hiver (dissections) et de 36 environ pour celui d'été (exercices pratiques de médecine opératoire). Les dissections ont lieu tous les jours, sous la direction du chef des travaux anatomiques, du prosecteur et de l'aide d'anatomie ; les élèves sont munis d'un carnet sur lequel sont inscrites les préparations faites par chacun d'eux pendant le courant du semestre. Les exercices de médecine opératoire ont lieu deux fois par semaine, pendant le semestre d'été, sous la direction du professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes.

Chimie, Toxicologie et Pharmacie. — Les travaux pratiques ont lieu du 15 novembre au 30 juin, sous la surveillance du chef des travaux et du préparateur. Les élèves, divisés par groupes de deux, manipulent trois fois par semaine, lundi, mardi, mercredi, de 1 heure à 4 heures ; il est tenu note des absences.

Physique. — Ces travaux pratiques, auxquels sont astreints les élèves en médecine de 1re année et les élèves en pharmacie de 3e année, ont lieu chaque jeudi de 2 à 4 heures, sous la direction du chef des travaux et du préparateur. Ils durent toute l'année.

Histoire naturelle. — Les élèves sont exercés à faire une série de préparations botaniques et zoologiques, qu'ils reproduisent ensuite par le dessin. Pour les études botaniques, ils font un emploi presque constant du microscope et acquièrent ainsi l'habitude du maniement de cet instrument. Ces travaux ont lieu sous la direction du professeur titulaire et du suppléant.

Matière médicale. — Les travaux ont lieu deux fois par semaine, sous la direction du professeur titulaire et du suppléant. Les élèves en pharmacie de 2e et de 3e années y sont seuls admis. Ils sont répartis par groupes de deux, disposant d'une table et d'un microscope, ayant à leur disposition les instruments du laboratoire : chambre claire, microtome, etc. Ils doivent se fournir de rasoirs, crayons, papiers à dessin, car toutes les préparations sont dessinées, et les élèves habitués au maniement de la chambre claire.

Bibliothèque universitaire. — Ouverte tous les jours.

Jardin botanique médical : au camp d'Isly. — *Musée d'anatomie normale et pathologique* : salle des collections anatomiques. — *Collection d'histologie normale et pathologique* : au laboratoire. — *Droguier* : salle des collections de matière médicale. — *Collection d'histoire naturelle* (Zoologie et Botanique) : au laboratoire d'histoire naturelle.

Alger, le 20 octobre 1904.

Mon cher Maître,

Par la suppression de l'officiat de santé, par la tourmente antisémite, par suite aussi de la pléthore médicale et pharmaceutique, qui se fait sentir ici comme partout, l'Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie d'Alger a vu le nombre de ses élèves quelque peu diminuer ces années dernières. Et c'est vraiment dommage, car, d'une part, les avantages que nombre d'étudiants, de *santé délicate*, peuvent retirer du climat algérien durant l'hiver, n'ont pas changé ; et d'autre part l'École n'a pas cessé de perfectionner son organisation et son outillage. Cette année, il n'a pas été créé de nouvelles chaires, mais celles précédemment fondées ont vu leurs moyens d'action augmentés. C'est ainsi que les locaux et l'outillage des chaires de cliniques médicale et chirurgicale, de clinique ophtalmologique, infantile, syphiligraphique et dermatologique et des maladies de pays chauds, à l'hôpital de Mustapha, ont vu accroître et perfectionner leur aménagement. C'est ainsi encore que la nouvelle chaire de bactériologie et de parasitologie a reçu, grâce à l'initiative du directeur de l'Institut Pasteur algérien, M. le professeur Trolard, le magnifique laboratoire qui lui manquait pour l'instruction pratique des élèves.

Espérons donc que l'Ecole verra de nouveau ceux-ci affluer à ses cours et répondre par leur nombre et par leur zèle aux efforts qu'elle ne cesse de faire pour maintenir son bon renom.

Vous me demandez aussi, mon cher Maître, où en est la question de l'Ecole d'Infirmiers et de gardes-malades d'Alger. Elle n'a pas cessé d'exister, de prospérer et de fournir de très bons gardes malades, des deux sexes, grâce au dévouement de l'Union des Femmes de France et de ses adhérents et collaborateurs.

Son programme d'enseignement est sensiblement le même que celui de l'excellent « Manuel de la garde-malade et de l'infirmière », publié sous votre direction. Nul doute que la section de cette Ecole, qui a existé autrefois à l'hôpital civil, ne puisse y être réoganisée ; d'ores et déjà la question est à l'étude et bien près d'être résolue.

J'aurais bien voulu, mon cher Maître, vous voir durant mes vacances, et m'entretenir avec vous de ces sujets et de beaucoup d'autres intéressant notre profession, comme aussi d'évoquer nos bons souvenirs de l'Hôpital des Enfants. Mais des raisons multiples et notamment le mauvais état de ma santé cette année, m'ont tenu le plus souvent éloigné de Paris.

Recevez donc, je vous prie, par lettre, en attendant, des circonstances plus favorables, l'expression de mes excellents, respectueux et affectueux souvenirs.

Dr L. MOREAU.

AVIS A NOS LECTEURS

Nous appelons d'une façon toute spéciale l'attention de nos lecteurs sur les ANNONCES que renferme ce Numéro.

Ecole de Marseille.

ANNÉE SCOLAIRE 1904-1905.

Directeur : M. QUEIREL.— *Directeurs honoraires* : MM. CHAPPLAIN et LIVON. *Professeurs honoraires* : MM. SIRUS-PIRONDI, MAGAIL, CHAPPLAIN, BOUISSON et COMBALAT. *Secrétaire-Bibliothécaire* : M. H. MAURY.

Cours annuels.

Clinique obstétricale : M. Queirel, prof.-directeur. Lundi, mercredi et vendredi, à 8 heures du matin. — *Clinique chirurgicale* : M. N., professeur. Tous les jours, à 9 heures du matin.— *Clinique médicale* : M. Laget, professeur. Tous les jours à 9 heures du matin. — *Clinique chirurgicale* : M. Villeneuve, professeur. Tous les jours, à 9 heures du matin. — *Clinique médicale* : M. Boinet, professeur. Tous les jours, à 9 heures du matin. — *Clinique infantile* : M. d'Astros, professeur. Mardi, jeudi et samedi, à 10 heures du matin. — *Clinique ophtalmologique* : M. Guende, chargé de cours. Mercredi et samedi à 8 heures 1/2 du matin. — *Clinique de dermatologie* : M. Perrin, chargé de cours. Lundi et vendredi, à 10 heures du matin. — *Maladies des organes génito-urinaires* : M. Escat, chargé de cours. Mardi, jeudi et samedi, à 11 h. du matin. — *Accouchements et clinique obstétricale* : M. Lop, chargé de cours. Mardi, jeudi et samedi, à 4 h. 1/2. — *Clinique chirurgicale des enfants* : M. Métaxas, chargé de cours. Mercredi, jeudi, vendredi et samedi, à 10 heures du matin. — ENSEIGNEMENT COLONIAL : *Pathologie et bactériologie des maladies exotiques* : M. Gauthier, chargé de cours. Lundi et vendredi, à 5 h. 1/2. — *Histoire naturelle coloniale* : M. J. de Cordemoy, chargé de cours. Mardi et jeudi, à 5 heures. — *Hygiène coloniale* ; *climatologie* : M. Reynaud, chargé de cours. Mardi et mercredi, à 5 h. 1/4.— *Clinique des maladies exotiques* : M. Treille, chargé de cours. Tous les jours, à 9 heures du matin.

Semestre d'hiver.

Physique : M. Caillol de Poncy, professeur. Lundi, mercredi et vendredi, à 3 h. 1/2 du soir. — *Histologie* : M. Jourdan, professeur. Lundi, mercredi et vendredi, à 2 heures du soir.— *Chimie* : M. Rietsch, professeur. Lundi et mercredi, à 4 h. 3/4 ; mardi à 2 h. 1/2 du soir. — *Bactériologie* : M. Rietsch, chargé de cours. Lundi, mercredi et vendredi, à 2 h. 1/2 du soir.— *Médecine légale* : M. Fallot, professeur. Mardi, jeudi et samedi, à 5 h. 1/2 du soir. —*Anatomie* : M. Magon, professeur. Mardi et samedi, à 5 h., jeudi, à 11 h. — *Pathologie externe* : M. Delanglade, professeur. Mardi, jeudi et samedi, à 4 h. 1/2 du soir. — *Anatomie pathologique* : M. Alezais, professeur. Lundi et vendredi, à 4 h., jeudi, à 3 h. 1/2.— *Pharmacie et matière médicale* : M. Gerber, prof. suppléant. Mardi, à 3 h. 3/4, mercredi, à 6 h. — *Histoire naturelle* : M. prof.-suppléant. Jeudi et samedi, à 2 h. 1/2. — *Anatomie et physiologie* : M. Aubert, prof. suppléant. Lundi, mercredi et vendredi, à 5 heures.

Semestre d'été.

Physiologie : M. Livon, professeur. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h. 1/2 du soir. — *Physique médicale* : M. Caillol de Poncy, professeur. Samedi, à 3 heures du soir. — *Histoire naturelle* : M. Heckel, professeur. Mardi, jeudi et samedi à 3 h. — *Pharmacie* : M. Domergue, professeur. Lundi, mercredi, et vendredi, à 3 1/4 du soir. — *Thérapeutique* : M. F. Arnaud, professeur. Mardi, jeudi et samedi, à 5 h. 1/2 du soir. — *Médecine opératoire* : M. Cousin, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures 1/2 du soir. — *Pathologie interne et pathologie générale* : M. Oddo, professeur. Mardi et samedi, à 4 h. 1 2 du soir, jeudi à 10 h. du matin. — *Matière médicale* : M. Arthus, chargé de cours. Lundi, mercredi et vendredi à 4 h.1/2. — *Physique et chimie* : M. Berg, professeur suppléant. Mardi et samedi, à 5 h. du soir. — *Chimie biologique* : M. Berg, chargé de cours. Vendredi, à 4 heures du soir. — *Minéralogie et hydrologie* : M. Gerber, chargé de cours. Mardi à 4 h. 1/4 ; mercredi, à 5 h. 3/4. — *Pathologie et clinique médicales* : M. Arnaud (J.), professeur suppléant. Jeudi, samedi, à 4 h. du soir. — *Pathologie. Clinique chirurgicale et clinique obstétricale* : M. Reynès, prof.-suppléant. Lundi et vendredi, à 10 heures 1/2. — *Pathologie et clinique médicale* : M. Olmer, prof.-suppléant. Lundi et vendredi, à 4 h. 1/2. — *Pathologie et clinique chirurgicale et clinique obstétricale* : M. Silhol, prof.-suppléant. Lundi, mercredi, et vendredi à 4 h. 1/2.

Travaux pratiques.

Hiver : *Laboratoire des cliniques* : tous les jours à l'Hôtel-Dieu, exercices pratiques.— Les pavillons d'anatomie sont ouverts pendant tout le semestre d'hiver. Les dissections sont obligatoires pour les étudiants en médecine de 1re et 2e années. Elles ont lieu le matin à 8 h. et le soir à partir de midi, sous la direction de MM. le chef des travaux anatomiques, le prosecteur et les aides d'anatomie. Des conférences d'anatomie seront faites par M. le chef des travaux anatomiques, lundi à 4 heures du soir, vendredi à 5 heures 1/2 du soir. — *Chimie et pharmacie* ; Lundi, mercredi, vendredi à 8 heures. Etudiants en pharmacie, 1re, 2e et 3e années. — *Bactériologie* : Lundi, mercredi et vendredi à 2 heures 1/2. Etudiants en médecine, 3e et 4e années, jusqu'au 1er mars. Etudiants en pharmacie, 3e année, à partir du 1er mars.

Eté : *Laboratoire des cliniques* : tous les jours à l'Hôtel-Dieu, exercices pratiques. — *Clinique médicale et clinique chirurgicale* : Tous les jours à 8 heures du matin, à l'Hôtel-Dieu. — *Physiologie* : jeudi, à 4 h. 1/2, étudiants en médecine 1re et 2e années. — *Histologie* : Lundi, mercredi, et vendredi à 3 h., étudiants en médecine 1re et 2e années.— *Anatomie pathologique* : Lundi, à 3 heures du soir. Etudiants en médecine, 3e et 4e années.— *Médecine légale* : Soumis aux circonstances.— *Médecine opératoire* : Mardi, jeudi et samedi, à 2 heures : lundi, mercredi et vendredi, pendant le cours. Etudiants en médecine, 3e et 4e années. — *Physique* : Lundi, 3 heures. Etudiants en pharmacie de 3e année. — *Chimie* : Lundi, mercredi et vendredi, à 8 heures. Etudiants en pharmacie 1re et 2e années. — *Chimie* : Lundi et mercredi, à 8 heures. Etudiants en pharmacie 3e année. — *Pharmacie* : Lundi et mercredi, à 8 heures : étudiants en pharmacie de 3e année. — *Botanique* : Mardi, à 9 heures. Etudiants en pharmacie de 3e année. — *Botanique* : Samedi, à 9 h. Etudiants en pharmacie de 2e année. — *Bactériologie* : Lundi, mercredi et vendredi, à 5 heures 1/2. Etudiants en pharmacie de 3e année. Jusqu'au 1er mai.

Enseignement colonial.

Programme des cours en vue de l'obtention du diplôme de médecin et de pharmacien des colonies et de médecin sanitaire maritime.

Enseignement clinique, par M. le Dr Treille, ancien inspecteur général du service de santé colonial, chargé du Cours de la clinique des maladies exotiques, tous les jours, à 9 heures du matin, à l'Hôtel-Dieu. Des exercices et manipulations de laboratoire, en ce qui concerne le diagnostic des maladies exotiques, seront faits par le chef de clinique.

Travaux pratiques. — Technique bactériologique relative à toutes les maladies infectieuses et plus particulièrement aux grandes infections exotiques et au paludisme, par le Dr Gautier, ancien médecin de la marine, chargé du cours de pathologie et bactériologie des maladies coloniales. Lundi et vendredi, à 5 heures 30 du soir, au Pharo (à l'entresol). Histoire naturelle et parasitologie coloniales. — Technique microscopique et préparations, par M. Jacob de Cordemoy, docteur ès-sciences, chargé du cours d'histoire naturelle et parasitologie coloniales au Pharo (à l'entresol). Mardi et jeudi, à 5 heures du soir.

Hygiène coloniale. — Démonstrations d'hygiène, plans graphiques, appareils sanitaires, pratique de la désinfection, par M. le docteur Reynaud, médecin en chef des colonies, chargé du cours d'hygiène et climatologie coloniales, mardi et samedi, à 5 h. 1/2 du soir, à l'Institut anatomique (1er étage). — Matière médicale et bromatologie. Reconnaissance de produits coloniaux. Analyses spéciales, par M. X..., lundi, à 4 heures du soir.

Leçons théoriques. — 1° Pathologie et bactériologie des maladies coloniales, par M. le Dr Gauthier. Lundi, à 6 heures soir. Programme du cours : Du rôle de quelques espèces animales dans l'évolution et la transmission de l'agent morbide en pathologie coloniale. Influence du climat. Coup de chaleur, insolation. *Les grandes pandémies* : La peste, le choléra, la fièvre jaune, typhus, le paludisme associé, affections postpaludéennes, fièvre bilieuse, le paludisme hémoglobinurique, le béribéri, les affections d'origine alimentaire, la dysenterie et diarrhée chroniques des pays chauds, les affections du foie, le foie dans les pays chauds, tropicaux : congestions et abcès. Parasites. Maladies causées par les parasites animaux, ankylostomasie. Bilharzioses. Les filaires, principales filarioses actuellement connues. Les affections de la peau, et du tissu cellulaire. L'éléphantiasis. La lèpre. Pied de Madura. Bouton de Biskra. Maladies causées par les poisons végétaux. Les animaux vénéneux. Les animaux venimeux. Technique et méthodes générales de diagnostics des maladies coloniales. 2° Histoire naturelle et parasitologie coloniales, par M. Jacob de Cordemoy. Jeudi, à 5 heures du soir. Programme : Etude particulière des hématozoaires ou parasites du sang dans les pays chauds (hématozoaire du paludisme trypanosomes, filaires, bilarziose, etc.) et des champignons parasites des différents mycoses exotiques (pinta, tokélau, mycétome, etc). — 3° Hygiène, climatologie et épidémiologie coloniales, par le Dr Reynaud, mercredi, à 6 heures du soir. Samedi, à 3 heures 30 du soir. Programme : Classification et description des principaux types des climats régionaux : 1° Climats équatoriaux : *a*) Côtiers : Gabon, Guyane, Dahomey, Guinée ; *b*) Continentaux : Cochinchine, Cambodge, Congo belge ; *c*) Insulaires : Java, Konakry, Saint-Thomé. 2° Climats tropicaux : *a*) Côtiers : Bas-Sénégal, Rio-Janeiro, Pérou, Annam, et Bas-Ton-

kin ; *b)* Continentaux : Annam. Tonkin (haut), Laos, Yunnan, Haut-Sénégal, Abyssinie ; *c)* Insulaires : Madagascar, Guadeloupe, Réunion, Nouvelle-Calédonie, 3° Climats pré-tropicaux ; *a)* Côtiers : Egypte. Algérie ; *b)* Continentaux : Etats-Unis du Sud, Chine du Sud (Langt-Cheou), Transvaal ; *c)* Insulaires : Canaries, Sainte-Hélène. 4° Bromatologie et matière médicale, par **M**. X.... Samedi, à 5 heures. Le programme sera ultérieurement publié.

Les cours pour le semestre d'hiver commenceront en janvier, et la 1re session d'examen pour l'obtention du diplôme aura lieu en avril. Les cours recommenceront le 15 avril, et une deuxième session d'examen aura lieu dans la 2e quinzaine de juillet. Suivant un arrêté du Ministre de l'Intérieur, en date du 24 décembre 1902, le diplôme de médecin colonial, complété par une interrogation sur le service sanitaire maritime, permettra l'inscription au cadre de médecin sanitaire maritime. Les docteurs et pharmaciens qui voudront se faire inscrire trouveront au Secrétariat de l'Ecole toutes les indications nécessaires, relatives aux droits d'inscription et d'examen.

En outre, en vertu d'un arrêté de M. le Ministre de l'intérieur, en date du 24 décembre 1902, le diplôme de médecin colonial, complété par une interrogation sur la police sanitaire maritime, permet l'inscription au cadre des services sanitaires maritimes. Voici du reste les pièces relatives à cette question.

Diplômes universitaires d'études médicales coloniales et d'études pharmaceutiques coloniales.

Par arrêté du 31 juillet 1901, M. le Ministre a approuvé la délibération suivante du 13 juillet 1901, par laquelle le Conseil de l'Université d'Aix-Marseille a institué un diplôme d'études médicales coloniales et un diplôme d'études pharmaceutiques coloniales.

Le Conseil de l'Université d'Aix-Marseille, vu l'article 15 du décret du 21 juillet 1897 ; vu la demande formée par l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille ; délibère :

Art. 1er. — Il est institué à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille deux diplômes : l'un d'études médicales coloniales, l'autre d'études pharmaceutiques coloniales.

Art. 2. — Les aspirants au premier de ces diplômes doivent justifier du diplôme du docteur en médecine ; les aspirants au second de ces diplômes doivent justifier du diplôme de pharmacien de 1re classe d'une des Facultés de médecine ou Ecoles supérieures de pharmacie de France.

Pourront également être admis, à titre d'aspirants, les médecins ou les pharmaciens étrangers dont le diplôme aura été déclaré équivalent au doctorat d'une Université française, mention *Médecine* ou mention *Pharmacie*.

Les étudiants en médecine ou en pharmacie inscrits pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine ou pour celui de pharmacie de 1re classe, pourront suivre les cours de médecine ou de pharmacie coloniales durant leur scolarité, à partir de la 12e inscription, pour les médecins, et de la 8e inscription pour les pharmaciens, mais ils ne pourront subir les épreuves du diplôme et obtenir le titre que quand ils seront pourvus du diplôme de docteur en médecine ou du diplôme de pharmacien de 1re classe.

Art. 3. — Trois mois de scolarité constatés par la présence aux cours, conférences et aux travaux pratiques, sont imposés aux aspirants. L'enseignement est à la fois théorique et pratique : le programme est arrêté par l'Ecole.

Art. 4. — L'examen porte sur les matières du programme de l'enseignement. Les épreuves se composent :

Pour les médecins coloniaux : 1° d'une épreuve écrite de 4 heures sur une question mixte de pathologie des maladies exotiques et d'hygiène des pays chauds ou de police sanitaire ; 2° d'une épreuve orale de clinique des maladies exotiques ; 3° d'épreuves pratiques de microbiologie, d'anthropologie et d'urologie se rapportant aux points qui intéressent la pathologie exotique.

Pour les pharmaciens coloniaux : 1° d'une épreuve écrite de 4 heures sur une question mixte de matière médicale et de bromatologie coloniale ; 2° d'une épreuve orale sur l'histoire naturelle (botanique, zoologie et minéralogie) et spécialement sur la parasitologie coloniale ; 3° d'épreuves pratiques de microbiologie coloniale, d'analyses de produits toxiques et pathologiques se rapportant aux maladies coloniales et d'analyses de produits alimentaires coloniaux. Le jury fixe la durée des épreuves orales et pratiques.

Art. 5. — L'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille procède chaque année, à deux sessions d'examen : la première, fin mars, et la seconde, fin juillet.

Art. 6. — Le jury chargé de faire subir les épreuves prévues à l'article 4 est composé : pour les médecins coloniaux, des professeurs : 1° de bactériologie et pathologie exotiques ; 2° de clinique des maladies exotiques ; 3° d'hygiène coloniale ; 4° d'histoire naturelle coloniale ; 5° du médecin militaire, directeur du service de santé du 15e corps d'armée ou de son délégué.

Pour les pharmaciens coloniaux, des professeurs : 1° d'histoire naturelle coloniale et parasitologie ; 2° de matière médicale et bromatologie coloniales ; 3° du professeur de pathologie et de bactériologie ; 4° du professeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie ; 5° du pharmacien principal de 1re classe de l'armée, pris dans le 15e corps, ou son délégué. Les jurys nommeront eux-mêmes leur président par l'élection à chaque session.

Art. 7. — Tout candidat qui aura été ajourné ou qui ne se sera pas présenté aux épreuves sans raison majeure, dont le jury appréciera la valeur, sera tenu d'accomplir une nouvelle période de scolarité pour se présenter à de nouvelles épreuves, sauf exonération accordée par le jury.

Art. 8. — Le diplôme est délivré par le président du Conseil de l'Université ; il est signé par les membres du jury et par le directeur de l'Ecole.

Arrêté du 11 décembre 1901.

Les droits à percevoir sont fixés comme il suit :

Immatriculation................	20 fr.
Bibliothèque....................	10 fr.
Droit de laboratoire..............	90 fr.
Examen............................	30 fr.
Total.........	150 fr.

Association générale des étudiants de Marseille.

Cette Association a été fondée officiellement le 8 janvier 1903. Elle compte deux cents membres environ. L'ancienne Association des étudiants de Provence a été dissoute en juillet 1902. L'Association des étudiants de Marseille, en dehors des avantages matériels qu'elle offre aux étudiants, tend à devenir de plus en plus un *centre intellectuel*. Elle possède un organe mensuel : *Marseille-Etudiant*, placé sous le haut patronage des doyens, directeurs, professeurs des facultés et écoles, où, après les conseils de leurs aînés, les jeunes littérateurs et esthètes peuvent faire connaître leurs aspirations vers le beau et le vrai. De nombreux membres honoraires ont généreusement prêté leur appui moral et pécuniaire à l'Association, dont la prospérité ne fait qu'augmenter tous les jours.

L'A. vient récemment de transporter son siège dans un vaste local où l'on trouve une grande salle de réunion. Des journaux, un cabinet de lecture, une salle de billard, et un restaurant coopératif sont à la disposition des membres. La carte photographique donne droit à des réductions importantes dans tous les théâtres. L'A. organise enfin, chaque année, plusieurs réunions (bals, concerts, concours, etc.)

AVIS AUX AUTEURS ET AUX ÉDITEURS

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Editeurs que tous les ouvrages dont il nous sera adressé **deux exemplaires** seront annoncés et analysés (s'il y a lieu). **Un** seul **exemplaire** donne droit seulement à l'annonce. Les ouvrages doivent être adressés au Rédacteur en chef, 14, rue des Carmes.

Ecole de Nantes.

Année scolaire 1904-1905.

Directeur : M. A. MALHERBE, O. I. ; *Secrétaire* : M. AUBINEAU, O. I.

Professeurs honoraires : MM. HEURTAUX, ✱, O. I., VIAUD-GRAND-MARAIS, O. I., et FLEURY, ✱, O. I.

A cette Ecole, de même que dans les Facultés de Médecine et les Écoles supérieures de Pharmacie, les élèves peuvent prendre toutes leurs inscriptions et subir tous leurs examens de fin d'année. Les aspirants au titre de docteur en médecine peuvent y subir les trois premiers examens probatoires du doctorat. La circonscription de l'Ecole comprend les départements de la Loire-Inférieure, de la Vendée, des Deux-Sèvres, de la Charente et de la Charente-Inférieure. L'enseignement institué par le décret du 31 juillet 1893, pour l'obtention du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, est organisé à l'Ecole depuis le mois de novembre 1894. Les examens probatoires ont lieu à Nantes, aux sessions de juillet et de novembre, sous la présidence d'un professeur d'une Faculté des sciences délégué par le Ministre.

Semestre d'hiver.

Anatomie : lundi, mardi, jeudi, samedi, à 1 h., M. E. BUREAU, prof. ; mercredi, vendredi à 1 h., M. E. MONNIER, prof. suppl. — *Chimie biologique* : Lundi, mercredi, vendredi, à 2 h., M. ANDOUARD, prof. — *Chimie minérale* : Mardi, 4 h. 1/2, mercredi, à 8 h. 1/2 matin, et vendredi, 4 h. 1/2, M. PETITEAU, prof. suppl. — *Histoire naturelle* (zoologie, cryptogamie) : Mardi, jeudi, samedi, à 1 h., M. L. BUREAU, prof. — *Matière médicale* : Mardi, jeudi, samedi, à 2 h. 1/2. M. MÉNIER, prof. — *Physique* : Lundi, jeudi, samedi, à 4 h. 1/2 : M. LEFÈVRE, prof. suppl. — *Accouchements* (enseignement théorique) : Mardi, samedi, à 3 h., M. GROSSE, prof. supp. — *Anatomie pathologique* : Mardi, vendredi à 10 h. 1/2. M. BUREAU, prof. suppl. — *Conférences de pathologie externe* : M. GUILBAUD, prof. suppl. — *Pathologie chirurgicale* : Mardi, jeudi à 4 h. M. MONTFORT, prof. — *Petite chirurgie, pansements* : Samedi, à 4 h., M. MONTFORT, prof. — *Pathologie générale* : Mardi, jeudi, à 5 h., M. AUBRY, prof. suppl. — *Ophtalmologie* : Mercredi, jeudi, à 10 h. 1/2. M. SOURDILLE, prof. suppl. — *Organographie végétale* : Mercredi, vendredi, à 10 h., M. CITERNE, prof. suppl. — *Anatomie et physiologie humaines* : Lundi, jeudi, à 10 h. M. X., prof. suppl. — *Clinique chirurgicale* : Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h., M. POISSON, prof. — *Clinique médicale* : Mardi, jeudi, samedi, à 9 h., M. HERVOUET, prof. — *Clinique obstétricale* : Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. M. GUILLEMET prof. — *Clinique ophtalmologique* : Lundi, mardi, jeudi, vendredi, samedi, à 1 h., M. DIANOUX, prof.

Travaux pratiques.

Dissection : Tous les jours, à 2 h., M. BAHUAUD, chef des travaux. — *Chimie* : Mardi, samedi, à 8 h., M. ROUSSEAU, chef des travaux. — *Physique* : Lundi, jeudi, samedi, à 8 h., M. G. ALLAIRE, chef des travaux. — *Histoire naturelle* : Lundi, mercredi, à 1 h., M. X., chef des travaux. — *Anatomie pathologique* : Lundi, mercredi, à 10 h. 1/2, M. G. BUREAU, chef des travaux. — *Analyse chimique* : Lundi, mercredi, vendredi, à 8 h., M. VIAUD, prof. suppl. — *Micrographie* : Mardi. 8 h. 1/2 ; vendredi, à 1 h., M. X., prof. suppl.

Semestre d'été.

Chimie organique et clinique : Lundi, mercredi, vendredi, à 1 h. M. ANDOUARD, prof. — *Hygiène et Médecine légale* : Lundi, vendredi, à 5 h., M. MIRALLIÉ, prof. — *Physiologie* : Lundi, mercredi, vendredi, à 3 h., M. ROUXEAU, prof. — *Histologie* : Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. 1/2, M. MALHERBE, prof. — *Accouchements* (enseignement théorique) : Mardi, samedi, à 5 h., M. GROSSE, prof. suppl. — *Botanique* (*phanérogames*), *Pharmacie* : Mardi, jeudi, à 10 h., M. CITERNE, prof. suppl. — *Botanique* (*phanérogames*), *P. C. N.* : Mercredi, vendredi à 10 h., M. X, prof. suppl. — *Thérapeutique* : Mardi, jeudi, samedi, à 5 h. M. PÉROCHAUD, prof. — *Pathologie médicale* : Mardi, jeudi, samedi, à 2 h., M. U. MONNIER, prof. — *Pharmacie* : Mardi, jeudi, samedi, à 2 h. 1/2, M. BOUTRON, prof. — *Bactériologie* : Mardi, samedi, à 3 h. 1/2, M. RAPPIN, prof. — *Parasitologie* : Mardi, jeudi, samedi, à 1 h., M. L. BUREAU, prof. — *Physique biologique* : Mardi samedi, à 4 h. 1/2, M. LEDUC, prof. — *Clinique chirurgicale* : Mardi, jeudi, samedi, à 9 h., M. VIGNARD, prof. — *Clinique médicale* : Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h., M. OLLIVE, prof. — *Clinique obstétricale* : Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h., M. GUILLEMET, prof. — *Clinique ophtalmologique* : Tous les jours, mercredi excepté, à 1 h., M. DIANOUX, prof. — *Minéralogie et Hydrologie* : Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. 1/2, M. X., prof. suppl.

Travaux pratiques.

Chimie biologique : Mardi, samedi à 1 h. 1/2, M. ROUSSEAU, chef des travaux. — *Chimie organique et clinique* : Mardi, vendredi, à 7 h. 1/2, M. ROUSSEAU, chef des travaux. — *Physique* (1) : Mardi, samedi, à 7 h. 1/2, M. G. ALLAIRE, chef des travaux. — *Histoire naturelle* : Lundi, mercredi, à 2 h. M. X., chef des travaux. — *Bactériologie* : Mardi, samedi, à 4 h. 1/2, M. RAPPIN, prof. — *Histologie* : Mercredi, à 4 h., vendredi, à 1 h., M. A. MONNIER, chef des travaux. — *Physiologie* : Mardi, jeudi, samedi à 3 h., M. LEMEIGNEN, chef des travaux. — *Médecine opératoire* : Lundi, mardi, jeudi, vendredi, à 4 h., M. SOURDILLE, prof. suppl. — *Micrographie* : Lundi, vendredi, à 2 h., M. X., prof. suppl. — *Herborisation* : Tous les dimanches. M. CITERNE, prof. suppl.

Cours complémentaires. — (Agréés par le Conseil de l'Ecole).

Clinique des maladies des voies urinaires : M. A. MALHERBE, prof. Visites à 9 h. (salles 12 et 15.) — Polyclinique, lundi et mercredi à 10 h. — *Clinique des maladies mentales* : M. BIAUTE, médecin en chef de l'Asile d'aliénés de la Loire-Inférieure. Visites, tous les jours à Saint-Jacques (quartier des aliénés). Leçons cliniques à l'Hospice-Général, tous les mercredis, à 2 h. — *Clinique des maladies du système nerveux* : M. MIRALLIÉ, prof. Leçons théoriques, (semestre d'hiver), mercredi, à 4 h., samedi, à 6 h. Toute l'année, polyclinique, jeudi, à 10 h. — Visites des malades tous les jours à 9 h. — *Polyclinique de dermatologie et de syphiligraphie* : M. G. BUREAU, chef des travaux d'Anatomie pathologique, lundi et jeudi, à 10 h. (salle des consultations), hôpital. — *Polyclinique d'électrothérapie* : M. G. ALLAIRE, chef des travaux physiques, mardi, jeudi et samedi, à 9 h. (hôpital). — *Clinique des maladies des oreilles, du nez et de la gorge* : M. TEXIER, lundi, mercredi et vendredi, à 9 heures (hôpital).

Cours et travaux pratiques obligatoires.

ÉTUDIANTS EN MÉDECINE.

Première année. HIVER : *Cours.* Anatomie, petite chirurgie, pansements. *Travaux pratiques*, Dissections, stage hospitalier. — ÉTÉ : *C.* Histologie, physiologie, physique et chimie biologiques, cliniques médicale et chirurgicale. *T. P.*, Histologie, physiologie, stage hospitalier. — *Deuxième année.* HIVER : *C.* Anatomie, pathologie chirurgicale, cliniques médicale et chirurgicale, chimie biologique. *T. P.*, Dissections, stage hospitalier. — ÉTÉ : *C.* Histologie, physiologie, physique et chimie biologiques, cliniques médicale et chirurgicale. Physique médicale. *T. P.*, histologie, physiologie, stage hospitalier. — *Troisième année.* HIVER : *C.* Anatomie (ancien régime), pathologie chirurgicale, cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale. *T. P.*, Stage hospitalier. — ÉTÉ : *C.* Bactériologie, histologie, parasitologie, thérapeutique, pathologie médicale, anatomie et histologie pathologiques, médecine opératoire, cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale. *T. P.*, Médecine opératoire, stage hospitalier. — *Quatrième année.* HIVER : *C.* Pathologie chirurgicale, accouchements, cliniques médicale, chirurgicale, obstétricale, spéciales. *T. P.*, Anatomie pathologique, stage hospitalier. — ÉTÉ : *C.* Bactériologie, pathologie médicale, thérapeutique, médecine opératoire, hygiène et médecine légale, cliniques médicale, chirurgicale, obstétricale et spéciales. *T. P.*, Stage, hospitalier, chimie clinique.

ÉTUDIANTS EN PHARMACIE.

Première année. HIVER : *Cours.* Chimie minérale et organique, physique, organographie végétale, matière médicale. *Travaux pratiques*, Chimie minérale et organique, micrographie. — ÉTÉ : *C.* Chimie organique, botanique, bactériologie. *T. P.*, Micrographie, physique, herborisations. — *Deuxième année.* HIVER : *C.* Chimie organique, matière médicale, histoire naturelle, anatomie et physiologie humaines. *T. P.*, Chimie analytique, micrographie. — ÉTÉ : *C.* Chimie organique, pharmacie galénique, botanique, bactériologie. *T. P.*, Micrographie, chimie organique, herborisations. — *Troisième année.* HIVER : *C.* Chimie générale et chimie organique, matière médicale, physique, histoire naturelle. *T.P.*, Chimie analytique, toxicologie, micrographie. — ÉTÉ : *C.* Pharmacie galénique, botanique, minéralogie, hydrologie, bactériologie. *T. P.*, Physique, micrographie, herborisations.

Enseignement préparatoire

en vue du Certificat des Sciences physiques, chimiques et naturelles.

Cours. HIVER : Physique, chimie, histoire naturelle (botanique et zoologie). *Travaux pratiques* correspondant à ces cours. — ÉTÉ : *Cours* : Physique, chimie, histoire naturelle, herborisations. *Travaux pratiques* correspondant à ces cours.

La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 8 à 11 heures du matin, et de 1 h. à 6 heures.

(1) Interrogations après les travaux pratiques aux élèves en pharmacie et du P. C. N.

Le *Musée anatomique* et les collections de matières médicales sont ouverts tous les jours, de midi à 4 heures.

Emplois de l'Ecole accessibles aux Étudiants.

(*Après concours*).

Prosecteur. — Aide d'anatomie et de physiologie. — Aide de clinique ophtalmologique. — Préparateur des travaux d'anatomie pathologique et d'histologie. — Préparateur des travaux de bactériologie. — Préparateur de chimie. — Préparateur de physique et de pharmacie. — Préparateur d'histoire naturelle et de matière médicale.

Concours annuels.

Internat en médecine (19 titulaires et 7 provisoires). — Internat de l'Asile des aliénés (2 titulaires). — Externat en médecine (24 externes). — Internat en pharmacie (8 titulaires et 3 provisoires). — Prix de clinique. — Prix pour les différentes années en médecine et en pharmacie. — Prix pour les travaux pratiques de chimie. — Prix pour les travaux pratiques de micrographie.

Prix fondés par le Dr Emile Cossé. — Prix Marcé, 600 fr. et une médaille d'argent à l'auteur du meilleur mémoire de clinique. — Prix Malherbe, 500 fr. et une médaille d'argent au 1er du concours de l'internat des Hôpitaux de Nantes. — Prix Guépin, 400 fr. et une médaille d'argent, à l'auteur du meilleur mémoire d'ophtalmologie. — Prix de la ville de Nantes, 200 et 100 fr.: 1er et 2e prix (après concours), aux élèves sages-femmes de la Maternité de Nantes.

Prix fondé par Mme Allory. — Prix Allory-Gillois, quinquennal à partir de 1901. — 500 fr. et une médaille d'or au meilleur travail sur la phtisie pulmonaire.

N. B. — Nul ne peut suivre les cours s'il n'est régulièrement inscrit sur les registres de l'Ecole.

Les inscriptions ne seront acquises qu'aux étudiants dont l'assiduité aura été constatée à tous les cours, conférences et travaux pratiques. (Règlement intérieur de l'Ecole, établi conformément à l'article 16 du décret du 30 juillet 1883). Tous les étudiants en médecine sont astreints à faire, pendant trois ans, un stage régulier dans l'un des hôpitaux de la Ville.

Les examens de fin d'année des étudiants en pharmacie porteront sur les matières enseignées dans les cours et travaux pratiques de l'année ou du semestre d'études qui précède l'examen.

Association Générale des Étudiants de Nantes.

(40, *rue de la Fosse*, 40.)

Cette Association fut fondée le 1er janvier 1889 ; elle compte deux cents membres actifs et plus de cent cinquante membres honoraires ; plus de la moitié des Etudiants des Ecoles de Nantes font donc partie de l'Association. Les membres honoraires sont recrutés parmi les hautes personnalités nantaises : professeurs de toutes les Ecoles, membres de toutes les Sociétés savantes, magistrats, officiers, grands industriels et commerçants. Toutes les Sociétés savantes, toutes les Sociétés de Bienfaisance demandent à l'Association son concours, qui ne leur est jamais refusé.

Son but est de grouper autant que possible tous les Etudiants des différentes Ecoles dans un même esprit d'union et de solidarité, de procurer à chacun d'eux des avantages intellectuels et matériels, de venir en aide aux camarades qui sont dans le besoin. L'Association offre à ses membres un lieu de réunion, actuellement 40, rue de la Fosse, un magnifique local au premier étage avec billard, fumoir, café, bibliothèque, musique, escrime, photographie, salle du Comité. La bibliothèque, grâce aux membres honoraires, est riche en ouvrages de médecine, de droit et de pharmacie ; tous les grands journaux de Paris et les journaux locaux font le service de l'Association ; enfin l'Association reçoit un nombre considérable de revues. L'Association donne des conférences de Droit, de Sciences, de Lettres, d'Art, etc., enfin il est d'usage d'offrir tous les mois un concert aux membres honoraires.

Le Comité se compose de 9 membres, pris 3 dans chaque section médecine, pharmacie, droit. La cotisation mensuelle est de 2 francs ; de plus, l'Association est subventionnée par l'Instruction Publique, le Conseil Général du département et le Conseil Municipal.

Nantes, 24 octobre 1904.

Mon cher Rédacteur en Chef,

L'année qui vient de finir a été cruelle pour l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes : Deux de ses professeurs et un chef des travaux d'histoire naturelle sont morts dans le courant de l'année scolaire. M. Joüon, professeur d'anatomie, était âgé de 67 ans. Il avait été pendant ses études à Paris premier externe, premier interne et médaille d'or de l'internat. Le Dr Pérochaud, professeur de thérapeutique, vient de succomber à l'âge de 46 ans. Enfin, M. Bonnel, suppléant d'histoire naturelle, a succombé à l'âge de 40 ans.

M. Joüon a été remplacé par le Dr Emile Bureau. Nos deux autres collègues ne sont pas encore remplacés. M. Mirallié a été nommé professeur titulaire en remplacement de M. Viaudgrandmarais, atteint par la retraite.

Le chiffre des élèves a subi une ascension de quelques unités et monte à 210 élèves inscrits environ ; mais si l'on tient compte de la totalité des élèves, de ceux qui ont terminé leurs inscriptions et de ceux qui sont arrêtés par un motif quelconque, la population scolaire s'élève à environ 280 étudiants.

L'administration des hôpitaux de Nantes a augmenté d'un an la durée de l'internat. Nous aurons maintenant des internes de quatrième année. Cette mesure, appliquée immédiatement, a été généralement approuvée. Les résultats des examens ont été, comme de coutume, satisfaisants.

Veuillez agréer..., X.

Ecole de Rennes.

Directeur : M. Perrin de la Touche.
Professeurs honoraires : MM. Dayot père, Bellamy, Louveau, Petit et Regnault.

A cette école, de même que dans les Facultés de médecine et les écoles supérieures de pharmacie, les élèves peuvent prendre toutes leurs inscriptions et subir tous leurs examens de fin d'année.

Les aspirants au titre de docteur en médecine peuvent y subir les trois premiers examens probatoires du doctorat.

ANNÉE SCOLAIRE 1904-1905

Toute l'année.

Cliniques.

Cliniques médicales : MM. Bertheux et Follet, professeurs. — *Cliniques chirurgicales* : MM. Dayot fils, Le Moniet, professeurs. — *Clinique obstétricale* : M. Perret, professeur. — *Clinique ophtalmologique* : M. Bruté, professeur. — *Clinique électrothérapique* : M. Castex, professeur. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* : M. Bodin, professeur.

Premier Semestre, *du 2 novembre au 15 mars.*

Cours.

Anatomie : M. Lhuissier, professeur ; M. Lautier, professeur suppléant ; M. N..., chef des travaux. — *Accouchement* : M. Véron, professeur suppléant. — *Anatomie pathologique et bactériologie* : M. Bodin, professeur. — *Anatomie et physiologie pathologique du système nerveux* : M. Dide, professeur suppléant. — *Médecine légale* : M. Millardet, professeur suppléant. — *Physique* : M. Castex, professeur, M. Laurent, professeur suppléant. — *Chimie* : M. Lenormand, professeur. — *Histoire naturelle* : M. Houlbert, professeur, M. Lesage, professeur suppléant. — *Pharmacie* : M. Bondouy, professeur suppléant.

Travaux pratiques.

Anatomie : M. N..., chef des travaux. — *Anatomie pathologique et bactériologie* : M. Bodin, professeur. — *Physique* : M. Castex, professeur. — *Chimie* : M. Lenormand, professeur. — *Histoire naturelle* : M. Houlbert, professeur.

Deuxième Semestre, *du 16 mars au 3 juillet.*

Cours.

Histologie : M. Perrin de la Touche, professeur. — *Physiologie* : M. Lefeuvre, professeur. — *Hygiène* : M. Le Damany, professeur. — *Pathologie mentale* : M. Dide, professeur suppléant. — *Thérapeutique* : M. Blin, professeur. — *Pharmacie* : M. Laurent, professeur. — *Physique* : M. Perrier, professeur suppléant. — *Chimie* : M. Lenormand, professeur. — *Histoire naturelle* : M. Lesage, professeur suppléant.

Travaux pratiques.

Physiologie : M. Lautier, professeur suppléant. — *Histologie* : M. N..., chef des travaux. — *Médecine opératoire* : M. Assicot, professeur suppléant. — *Physique* : M. Castex, professeur. — *Chimie* : M. Lenormand, professeur. — *Histoire naturelle* : M. Houlbert, professeur.

Des Conférences spéciales préparatoires à l'Ecole du service de santé militaire, de physiologie et allemand, sont instituées chaque année à partir du mois de janvier.

Aucun élève n'est admis à suivre les cours s'il n'est inscrit sur les registres de l'Ecole. Les inscriptions doivent être prises dans les quinze premiers jours de chaque trimestre ; elles ne seront définitivement acquises qu'aux seuls étudiants dont l'assiduité aura été constatée aux cliniques, cours, conférences et travaux pratiques.

Le Musée d'anatomie normale et pathologie et les collections d'histoire naturelle et de matière médicale sont ouverts tous les jours, dimanche et fêtes exceptés, de 1 heure à 4 heures.

La Bibliothèque de l'École (à la Bibliothèque municipale), est ouverte tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 5 heures et de 7 heures à 10 heures du soir.

Relevons l'existence à cette École d'un *cours de pathologie mentale* qui, sans doute, est complété par des visites à l'asile d'aliénés de St-Méen, voisine de Rennes. Il est à souhaiter que toutes les Écoles voisines d'une asile organisent un tel enseignement.

ÉCOLES PRÉPARATOIRES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Ecole d'Amiens.

Directeur de l'École : M. MOULONGUET.
Secrétaire de l'École : M. CH. DE SAINT-ACHEUL.

Médecine.

Clinique médicale : M. X. — *Clinique chirurgicale* : M. PEUGNIEZ. — *Clinique obstétricale* : M. FOURNIER. — *Clinique ophtalmologique* : M. FAGE. — *Pathologie interne* : M. DÉCAMPS. — *Pathologie externe* : M. MOULONGUET. — *Anatomie* : M. LABARRIÈRE. — *Anatomie topographique* : M. PRUVOST. — *Histologie* : M. D'HARDIVILLER. — *Physiologie* : M. BOUSSAINT — *Anatomie pathologique et bactériologique* : M. JEAN BERNARD. — *Physique biologique* : M. POINTELIN. — *Chimie biologique* : M. PANCIER. — *Travaux pratiques d'histologie et physiologie* : M. D'HARDIVILLER ; — *d'Anatomie* : M. LABARRIÈRE ; — *de Médecine opératoire* : M. PAUCHET.

Pharmacie.

Chimie organique : M. PANCIER. — *Chimie générale* : M. SAUNÉ. — *Physique* : M. POINTELIN. — *Histoire naturelle* : M. MOYNIER DE VILLEPOIX. — *Zoologie* : M. HAUTEFEUILLE. — *Pharmacie* : M. DEBIONNE. — *Matière médicale* : M. FICQUET.

Travaux pratiques de physique et chimie : M. SAUNÉ. — *de Micrographie* : M. MOYNIER DE VILLEPOIX.

Enseignement du P. C. N.

Chimie : M. PANCIER. — *Travaux pratiques* : M. SAUNÉ. — *Physique* : M. COUDERT. — *Travaux pratiques* : M. LEFEBVRE. — *Cours et travaux pratiques de Botanique* : M. MOYNIER DE VILLEPOIX. — *Cours et travaux pratiques de Zoologie* : M. HAUTEFEUILLE.

Sages-femmes.

Théorie et pratique des accouchements : MM. FOURNIER, DEGOUY et M[lle] BOUDET.

Anatomie, physiologie et pathologie élémentaire : M[lle] BOUDET.

Nota. — Les inscriptions sont prises du 3 au 15 novembre, du 5 au 15 janvier, du 1[er] au 15 mars, et du 15 au 25 juin. Tous les nouveaux étudiants doivent se faire revacciner à l'Ecole les 3, 5 et 7 novembre.

Pour tous renseignements et pour les inscriptions, s'adresser au secrétaire de l'Ecole, 49, rue de la République, Amiens.

Association des Etudiants d'Amiens : cotisation annuelle 12 fr.

Ecole d'Angers.

Directeur : M. LEGLUDIC.

Histologie : M. BAHUAUD, professeur. — *Clinique interne* : M. JAGOT, professeur. — *Pathologie interne* : M. THIBAULT, professeur. — *Clinique obstétricale* : M. BOQUEL, professeur. — *Physiologie* : M. LEGLUDIC, professeur. — *Histoire naturelle* : M. THEZÉE, professeur. — *Anatomie* : M. MAREAU, professeur. — *Pathologie externe* : M. BRIN, professeur. — *Pharmacie et Matière médicale* : M. BARTHELAT, chargé du cours. — *Chimie organique et Toxicologie* : M. TESSON, professeur. — *Physique* : M. SARAZIN, professeur. *Clinique externe* : M. MONTPROFIT, professeur. — *Clinique ophtalmologique* : M. MOTAIS, professeur. — *Professeurs suppléants* : M. ROGUET, suppléant, chaires de médecine, chargé du cours d'hygiène. — M. René TESSON, suppléant, chaires de chirurgie. — M. ALLANIC, suppléant de physique et chimie. — M. COUDRAIN, suppléant de pharmacie et matière médicale. — M. TABUTEAU, suppléant d'histoire naturelle. — M. MARTIN, suppléant d'anatomie. — M. MARTIN. Chef des travaux anatomiques. — M. ALLANIC, chef des travaux physiques et chimiques. — M. ROYER, chef des travaux de physiologie. — M. PAPIN, chef des travaux d'histologie. — M. THÉZÉE, délégué dans les fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.

COURS LIBRES : *Clinique des maladies mentales*, M. PETRUCCI.

Enseignement pratique. — L'hôpital a 400 lits et l'hospice 900 ; la plupart des services y sont confiés à des professeurs de l'Ecole, en sorte qu'il est entièrement ouvert aux élèves. *Clinique médicale* : hommes, 40 lits ; femmes 30 ; plus des tentes et pavillons de contagieux. — *Clinique chirurgicale* : hommes, 50 lits ; femmes, 25 ; plus des tentes et un service de vénériens. — *Clinique obstétricale* : Maternité, 25 lits ; — Gynécologie, 12 lits. — *Clinique ophtalmologique* : hommes, 10 lits ; femmes, 10 ; consultation externe. — L'hôpital a dix internes titulaires et quatre internes provisoires nommés au concours. Ils sont logés, nourris, etc.

Anatomie. — Un chef des travaux, un prosecteur et un aide prosecteur nommés au concours. Pavillon spécial avec laboratoire du professeur, du chef des travaux, des préparateurs, des internes. Amphithéâtre des élèves ; tables pour sept séries.

Physiologie. — Un aide de physiologie. — Laboratoire spécial du professeur. Vaste laboratoire pour les élèves.

Bactériologie. — Un directeur, un chef de laboratoire, un préparateur. — Laboratoire spécial du professeur. Laboratoire pour les élèves.

Histoire naturelle. — Un préparateur.

Chimie. — Un chef des travaux, un préparateur et un aide-préparateur, nommés au concours. Laboratoire spécial du professeur et des préparateurs. Vaste laboratoire pour les élèves, avec fourneaux fixes, fourneaux à gaz, forge, étuves, plateforme et étagère pour réactifs, etc.

Physique. — Un préparateur. — Cabinet de physique. — Cabine de radiographie, de radioscopie. — Laboratoire pour les élèves — Laboratoire spécial du professeur.

Salles spéciales pour histologie, micrographie (avec nombreux microscopes), bactériologie. — Bibliothèque ouverte aux élèves ; 7.000 volumes de médecine. — Salle de lecture ouverte de 1 h. à 5 h. tous les jours. — Nombreuses publications scientifiques périodiques. — Musée. Double série de vitrines ayant 62 mètres de développement. — L'Ecole est, en outre, autorisée à donner l'enseignement préparatoire au *certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.* Nombreuses collections. — Jardins botaniques.

Ecole de Besançon.

ANNÉE SCOLAIRE 1903-1904.

Directeur : M. PRIEUR. — *Secrétaire* : M SUFFREN.
Directeurs honoraires : MM. SAILLARD et DRUHEN.
Professeurs honoraires : MM. DRUHEN et SAILLARD.

Semestre d'hiver, *3 novembre.*

Professeurs titulaires.

Clinique médicale : lundi, mardi et vendredi à 9 h. M. GAUDERON, professeur. — *Clinique chirurgicale* : mardi, jeudi et samedi, à 9 h. M. CHAPOY, professeur. — *Clinique obstétricale* : lundi, mardi, jeudi, et samedi, à 3 h. M. BAIGUE, professeur. — *Anatomie descriptive* : lundi, mardi, vendredi et samedi, à 5 h. 1/2. M. MANDEREAU, professeur. — *Anatomie descriptive* (leçons complémentaires) : mercredi et samedi, à 5 h 1/2. M. MANDEREAU, chargé des fonctions de chef de travaux anatomiques, chef des travaux anatomiques. — *Travaux pratiques d'anatomie* : tous les jours, de 1 h. à 5 h M. MANDEREAU, chef des travaux anatomiques. — *Pathologie externe* (cours complémentaires) : M. HYENNE, professeur suppléant. — *Pathologie interne* : lundi, mercredi et vendredi à 10 h. 3/4. Conférence, samedi à 10 h. 3/4. M. ROLAND, professeur. — *Chimie médicale et biologique, toxicologie* : lundi, mercredi et vendredi, à 10 h. Conférence, samedi, à 10 h. M. BOISSON, suppléé par M. Morin. — *Travaux pratiques de chimie* : jeudi, de 1 h. à 4 h. ; samedi, de 1 h. à 3 h. M. MORIN, chef des travaux chimiques. — *Pharmacie* : mercredi, à 8 h. et samedi à 8 h. 1/2. M. SÉCRÉTANT, professeur suppléant. — *Physique pharmaceutique* : mercredi et vendredi, à 10 h. M. MALDINEY chargé du cours. — *Travaux pratiques de physique* : M. MALDINEY, chargé du cours. — *Chimie biologique* : mardi et vendredi, à 8 h. M. MORIN, professeur suppléant. — *Travaux pratiques de micrographie appliquée* : mardi, à 9 h. M. MARCEAU. — *Matière médicale* : lundi, mardi et vendredi, à 2 h. M. THOUVENIN, professeur. — *Minéralogie et hydrologie* : lundi à 10 h. M. THOUVENIN, professeur. — *Bactériologie* : samedi, à 4 h. 1/2. M. N...

Semestre d'été, *15 mars.*

Clinique médicale : lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. M GAUDERON, professeur. — *Clinique chirurgicale* : mardi, jeudi et samedi, à 9 h. M. CHAPOY, professeur. — *Clinique obstétricale* : mardi, jeudi et samedi, à 3 h. M. BAIGUE professeur. — *Pathologie externe* : lundi, mercredi et vendredi, à 10 h. 3/4. Conférence, samedi, à 5 h. M. HEITZ, professeur. — *Histologie normale et embryologie* : lundi, mercredi et vendredi, à 5 h. 1/2. Conférence, samedi, à 5 h. M. PRIEUR, professeur. — *Travaux pratiques de pharmacie* : vendredi, à 1 h. 1/2. M. SÉCRÉTANT, professeur suppléant. — *Physiologie* : mardi, jeudi et samedi, à 10 h. 3/4 du matin. M. BOLOT, professeur. — *Travaux pratiques de physiologie* : lundi, à 2 heures. M. DIÉTRICH, chef des travaux. — *Botanique médicale* : jeudi et samedi, à 5 h. Herborisation le dimanche. M. MAGNIN, professeur. — *Travaux pratiques de botanique* : mardi, à

9 h. M. Marceau, chef des travaux. — *Physique médicale et biologique* : mercredi et vendredi, à 8 heures. M. Maldiney, chargé du cours. — *Travaux pratiques de physique médicale*. vendredi, à 9 h. M. Maldiney, chargé du cours. — *Anatomie et histologie pathologique, bactériologie médicale* : mardi et mercredi, à 4 h. M. N... professeur suppléant. — *Travaux pratiques d'histologie pathologique et de bactériologie* : samedi, à 4 h. M. N....., professeur suppléant. — *Travaux pratiques de médecine opératoire* : mercredi, de 4 à 6 h. du soir. M. N....., professeur suppléant. — *Chimie organique* : lundi et mercredi, à 9 h. M. Morin, professeur suppléant. — *Chimie biologique* : mardi et vendredi, à 8 h. M. Morin, professeur suppléant. — *Travaux pratiques de chimie* : jeudi et samedi, à 1 h. M. Morin, professeur suppléant. — *Zoologie médicale* : mercredi et vendredi, à 11 h. Conférence, le lundi, à 4 h. 1/2. M. Marceau, professeur suppléant. — *Minéralogie et Hydrologie* : lundi, à 10 h. M. Thouvenin.

Inscriptions. — Ouverture et clôture du registre d'inscriptions. — Le registre des inscriptions est ouvert : pour le premier trimestre de l'année scolaire, du 15 octobre au 15 novembre (les étudiants admis au certificat d'études P. C. N. pendant la session de novembre ont un délai de huit jours pour s'inscrire après leur réception) Pour le 2e trimestre, du 1er au 15 janvier, — pour le 3e trimestre, du 1er au 15 mars, — pour le 4e trimestre, du 1er au 15 mai. Pour tous autres renseignements, s'adresser au Secrétaire de l'Ecole.

En résumé, le personnel de l'Ecole se compose de 12 professeurs titulaires ; 5 professeurs suppléants chargés de cours ; 2 chefs de travaux ; 5 préparateurs et 2 aides ; 3 chefs de cliniques ; 5 internes des hôpitaux et 7 externes nommés au concours. Les internes touchent chacun 400 fr. la première année, 600 francs la seconde.

Les emplois ci-après seront confiés à des étudiants : un prosecteur au traitement annuel de 250 fr. ; un aide d'anatomie au traitement annuel de 150 fr. ; quatre préparateurs au traitement annuel de 250 fr. chacun. L'hôpital Saint-Jacques dispose de 4 places d'internes rétribués et de 6 places d'externes.

Besançon possède deux hôpitaux : 1° le grand hôpital ou *hôpital Saint-Jacques* renfermant plus de 500 lits. Il est civil et militaire, contigu à l'Ecole. Les cliniques médicale et chirurgicale y sont installées et disposent de 200 lits. Un service d'enfants a été créé. Les élèves font le service de toutes les salles civiles. Il y a un laboratoire de clinique très complet ; l'hôpital Saint-Jacques dispose de quatre places d'internes rétribués et de six places d'externes. — 2° l'hospice de Bellevaux, renfermant 250 lits environ, contient : la Maternité, où se fait la clinique d'accouchements, qui dispose de 30 lits ; les malades vénériens, cutanés, aliénés en observation et incurables. Cet hospice est départemental. Tous ces lits sont à peu près constamment occupés et l'Ecole a des ressources hospitalières exceptionnelles. — Les cadavres sont en nombre largement suffisant pour les dissections et la médecine opératoire. — La bibliothèque, contenant plus de 6.000 volumes, est à la disposition des élèves, qui peuvent emporter les livres. Ils ont, en outre, à leur disposition la Bibliothèque de l'Université qui se trouve dans le même local. — Le *Jardin botanique* est commun à l'Ecole de Médecine et à la faculté des Sciences. — L'Ecole est réorganisée conformément au décret du 1er août 1883. — Le Conseil général du Doubs a créé six bourses de 600 francs chacune, en faveur des étudiants en médecine (Doctorat et Officiat) qui prendront l'engagement d'exercer dans le département pendant 10 ans. — S'adresser pour renseignements au directeur.

Il existe à Besançon une *Association générale des étudiants* de l'Université.

Ecole de Caen.

Directeur : M. Auvray. *Secrétaire* : M. Gallou.

Année scolaire 1903-1904.

L'OUVERTURE DES COURS EST FIXÉE AU 3 NOVEMBRE.

Semestre d'hiver, *du 3 novembre au 15 mars.*

Cours. — *Clinique chirurgicale*. — M. Barette, titulaire : Hôtel-Dieu, tous les jours de 8 à 10 h. — *Clinique médicale* : M. Auvray, titulaire : Hôtel-Dieu, tous les jours de 8 h. 1/2 à 10 h. — *Clinique obstétricale*. — M. Guillet, titulaire : Hôtel-Dieu, mardi, jeudi, samedi de 10 à 11 h. — *Anatomie descriptive*. — M. Gidon, titulaire : Institut anatomique, lundi, mardi, mercredi, jeudi de 4 à 5 h. — *Anatomie descriptive* cours complémentaire : M. Charbonnier fils, suppléant. Institut anatomique, vendredi, samedi de 4 à 5 h. — *Anatomie générale et histologie* M. Catois. titulaire, mardi, jeudi de 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, palais de l'Université. — *Pathologie générale et séméiologie* : M. Moutier, titulaire, lundi, mercredi, vendredi de 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2. palais de l'Université. — *Chimie et toxicologie* : M. Louise, titulaire, lundi, 2 h. 1/2 à 3 h. 1/2, mardi de 10 à 11 et de 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2, mercredi de 10 à 11 h. palais de l'Université — *Physique* : M. Demerliac, chargé du cours, palais de l'Université, lundi de 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2, mardi, vendredi de 4 h. à 5. — *Anatomie pathologique*. — M. Léger, suppléant, Hôtel-Dieu, jeudi de 2 h. à 3 h. — *Accouchements*. cours annexe, M. Noury, chargé du cours, Hôtel-Dieu, mardi, 8 h. 1/2 à 9 h. 1/2, mercredi, 8 h. 1/2 à 9 h. 1/2. — *Zoologie* : M. Chevrel, chargé du cours, mardi de 8 h. 3/4 à 9 h. 3/4 ; mercredi de 8 h. 3/4 à 9 h. 3/4 et de 11 h. à midi, palais de l'Université.

Travaux pratiques. — *Dissection*. — M. X..., chef des travaux, Institut anatomique, tous les jours de midi à 4 h. — *Histologie pathologique*. — M. Léger, suppléant, Hôtel-Dieu, jeudi de 3 h. à 4 h. — *Chimie*. — M. Chrétien, chef des travaux Palais de l'Université, jeudi de 1 h. à 4 h. et vendredi de 8 h. à 11 h. et de 1 h. à 4 h. — *Histologie normale*. — M. X..., chef des travaux : Palais de l'Université, samedi de 1 h. à 4 h.

Semestre d'été, *du 16 mars au 31 juillet.*

Cours. — *Clinique chirurgicale*. — M. Barette, titulaire : Hôtel-Dieu, tous les jours de 8 h. à 10 h. — *Clinique médicale*. — M. Auvray, titulaire, Hôtel-Dieu, tous les jours de 8 h. 1/2 à 10 h. — *Clinique obstétricale*. — M. Guillet, titulaire : Hôtel-Dieu, mardi, jeudi, samedi de 10 h. à 11 h. — *Physiologie* : M. Gosselin, titulaire : Institut anatomique, lundi, mercredi, vendredi de 4 h. à 5. h. — *Pathologie externe et médecine opératoire*. — M. Noury, titulaire : palais de l'Université, lundi, mercredi, vendredi de 12 h. 1/4 à 1 h. 1/4. — *Matière médicale*. — M. Charbonnier, titulaire : Palais de l'Université, lundi, mercredi; vendredi, samedi de 11 h. à 12 h. — *Pharmacie*. — M. Frémont, délégué dans la suppléance : cours complémentaire, palais de l'Université, mardi, mercredi de 5 h. à 6 h. — *Botanique*. — M. Gidon fils, suppléant : cours complémentaire palais de l'Université, lundi de 5 h. à 6 h. et vendredi de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4. — *Physique biologique*. — M. Demerliac, chargé du cours : Palais de l'Université. lundi de 2 h. à 3 h. et vendredi de 4 à 5 h. — *Chimie biologique*. — M. Chrétien, suppléant: Palais de l'Université, lundi de 3 h. à 4 et mardi de 4 h. à 5 h. — *Chimie biologique, conférence*. — M. Chrétien, chef des travaux : Palais de l'Université, jeudi de 1 h. à 2 h. — *Anatomie pathologique*. — M. Léger, suppléant : Hôtel-Dieu, jeudi de 2 h. à 3 h. — *Accouchements*. — M. Osmont, suppléant : cours complémentaire, palais de l'Université, jeudi de 5 h. à 6 h. — *Accouchements*. — M. Noury, chargé du cours : cours annexe, Hôtel-Dieu, mardi, mercredi de 8 h. 1/2 à 9 h. 1/2.

Travaux pratiques. — *Médecine opératoire*. — M. X..., chef des travaux : Institut anatomique, jeudi de 12 h. 1/4 à 3 h. — *Physiologie et bactériologie*. — M. Vigot, chef des travaux : Institut anatomique, mardi, jeudi de 1 h. à 4 h. — *Chimie*. — M. Chrétien, chef des travaux : Palais de l'Université, vendredi de 8 h. à 11 et de 1 h. à 4 h. — *Chimie biologique*. — M. Chrétien, chef des travaux : Palais de l'Université, jeudi de 2 h. à 5 h. — *Histologie normale*. — M. X..., chef des travaux : Palais de l'Université, samedi de 12 h. 1/4 à 4 h. — *Micrographie*. — M. Gidon fils, délégué dans les fonctions : Palais de l'Université, lundi, samedi de 9 h. à 11 h. — *Herborisation*. — M. Chevrel, chargé du cours : Palais de l'Université, jeudi, à 1 h. — *Physique*. — M. Chrétien, chef des travaux : Palais de l'Université, lundi de 2 h. 1/2 à 4 h. et mardi de 10 h. à 11 h. — *Histologie pathologique*. — M. Léger, suppléant : Hôtel-Dieu, jeudi de 3 h. à 4 h.

Un laboratoire de radiographie (rayons X) pour l'examen des malades est annexé à l'Ecole de médecine (palais de l'Université).

Il sera fait chaque année, à partir de Pâques, un cours préparatoire à l'Ecole de médecine militaire.

Nomenclature des examens qui peuvent être subis devant l'Ecole de Caen. — *Doctorat* : 1er examen : (Anatomie). Après la 6e inscription, session d'avril ; 2e examen : (Physiologie). Après la 8e inscription, session d'août. Douze inscriptions de Doctorat peuvent être prises à l'Ecole de Caen. — *Pharmaciens, herboristes, sages-femmes* (2e classe) tous les examens de fin d'études. — *Pharmaciens* (1re classe) les deux examens de fin d'année. — *Sages-femmes* (1re classe), 1er examen. Examens de validation de stage pour les élèves en pharmacie aspirant au titre de pharmacien de 1re ou de 2e classe.

Pour tous renseignements concernant les pièces à produire pour prendre les inscriptions et subir les examens, s'adresser au secrétaire de l'Ecole.

Emplois de l'école accessibles aux étudiants. — Prosecteur d'anatomie ; aide d'anatomie ; préparateurs : de physique, chimie et histoire naturelle.

Concours annuels. — *Prix* : pour les différentes années d'études : médecine, pharmacie, sages-femmes ; prix pour les travaux pratiques de chimie ; prix Le Sauvage (médaille d'or et livres) : prix Dan de la Vauterie ; prix Lepetit.

Ecole de Clermont-Ferrand.

Année scolaire 1904-1905, *commençant le* 5 *novembre*.
Directeur : M. le Dr P. Girod.
Secrétaire : M. Laborde.

Professeurs honoraires : MM. les Drs Dourif, Gagnon, Fredet Blatin.

Circonscription de l'école : Puy-de-Dôme, Allier, Cantal, Loire, Haute-Loire, Lozère, Aveyron.

Semestre d'hiver.

Clinique chirurgicale : M. Bousquet, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 9 h. du matin. — *Clinique médicale* : M. Du Cazal, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 8 heures du matin, — *Anatomie* : M. Dieulafé, chargé de cours, mardi, jeudi et samedi, à 4 heures du soir. — *Chimie* : M. Huguet, professeur, lundi et vendredi, à 11 heures du matin. — *Pharmacie* : M. Rocher, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 9 h. 1/2 du matin. — *Pathologie interne* : M. Fouriaux, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 11 heures du matin. — *Accouchements* : M. Planchard, professeur, lundi et vendredi, à 5 heures du soir. — *Histologie* : M. Lepetit, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 11 heures du matin. — *Physique médicale* : M. Mally, professeur, mardi et jeudi, à 8 heures du matin.

Cours complémentaires.

Anatomie : M. Dieulafé, professeur suppléant, lundi, mercredi et vendredi, à 4 heures du soir. — *Petite chirurgie* : M. Dionis du Séjour, professeur suppléant, jeudi, à 5 heures du soir. — *Histoire naturelle médicale* (Zoologie) : M. Bruyant, professeur suppléant, mardi et samedi, à 11 heures du matin.

Semestre d'été.

Clinique médicale : M. Du Cazal, professeur, lundi et jeudi, à 7 heures du matin. — *Clinique chirurgicale* : M. Bousquet, mardi et vendredi, à 9 heures du matin. — *Clinique obstétricale* : M. Planchard, professeur, mercredi et samedi, à 7 heures du matin. — *Physiologie* : M. Billard, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 3 heures du soir. — *Pathologie externe* : M. Bide, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 11 heures du matin. — *Histoire naturelle médicale* (Botanique) : M. Girod, professeur, mercredi, jeudi et samedi, à 9 h. 1/2 du matin. — *Chimie biologique* : M. Huguet, professeur, mardi, à 11 heures du matin. — *Chimie minérale* : M. Gros, professeur suppléant, lundi et vendredi, à 11 heures du matin. — *Physique biologique* : M. Mally, professeur, samedi, à 11 h. du matin.

Cours complémentaires.

Histoire naturelle médicale (Parasitologie) : M. Bruyant, professeur suppléant, samedi, à 2 heures du soir. — *Anatomie pathologique* : M. Maurin, professeur suppléant, lundi et vendredi, à 4 heures et demie du soir.— *Médecine opératoire* : M. Dionis du Séjour, professeur suppléant, mercredi, à 4 heures et demie du soir. – *Pharmacie et matière médicale* : M. Col, professeur suppléant, mardi et samedi, à 8 heures du matin.

Prix annuels.

Prix Fleury (dit prix d'observations). — Valeur 100 fr., dont une médaille en vermeil.

Prix Nivet. — Une médaille de 22 fr. et 38 fr. de livres à l'élève en médecine classé premier au concours de fin de 2e année. Une médaille de 22 fr. et 18 fr. de livres à l'élève en pharmacie classé premier au concours de fin de deuxième année.

Prix Bertrand. — Une somme de 360 fr. de rente annuelle a été léguée par M. Bertrand pour être divisée entre les étudiants en médecine et en pharmacie classés premiers à la suite des concours.

Prix Renoux. — Notes prises au cours. Valeur 100 francs.

En résumé, le personnel de l'Ecole se compose de 12 professeurs et de 6 suppléants. Il y a, en outre, 5 chefs des travaux et 3 chefs de cliniques.

Les travaux pratiques de dissection sont obligatoires pendant tout le semestre d'hiver, ils ont lieu tous les jours, de 1 heure à 4 heures, sous la direction du chef des travaux anatomiques.

D'après le nouveau régime d'études médicales, les étudiants en médecine peuvent subir, devant l'école à laquelle ils appartiennent, les examens de doctorat qui concernent l'anatomie et la physiologie. Deux sessions d'examen ont lieu à cet effet en avril et en août, elles sont présidées par un professeur de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse.

L'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, dans lequel sont installées les cliniques, a en outre deux services de médecine, un service de chirurgie et un dispensaire de maladies d'enfants. Cet hôpital reçoit les indigents du département du Puy-de-Dôme et l'absence de tout autre grand hôpital dans la région du centre en fait le rendez-vous de tous les cas chirurgicaux intéressants de cette région. Du reste les statistiques de la clinique chirurgicale, dans ces deux dernières années, accusent un total supérieur à trois cent cinquante grandes opérations annuellement. Un service de radiographie prête son concours au professeur de clinique.

Dans les jardins même de l'Hôtel-Dieu. se trouve la maternité qui appartient à l'Ecole de Médecine du 15 mars au 15 novembre ; les étudiants de troisième année peuvent assister à tous les accouchements ainsi qu'aux opérations obstétricales.

L'école de médecine de Clermont-Ferrand se trouvant au centre du groupe thermal le plus important de France, il était au moins surprenant de voir les élèves abandonner l'école sans avoir aucune notion des richesses thermales disséminées autour d'eux. Rompant avec les anciens errements, le docteur Bousquet a organisé depuis 1900 des voyages d'études : chaque année les élèves médecins et pharmaciens de 2me et 3me année, vont visiter les principales stations thermales : Vichy, le Mont-Dore, la Bourboule et Royat sont successivement explorés par ces caravanes scolaires. Un des médecins de la station fait une conférence, puis nos confrères montrent en détail toutes les ressources de la médication hydro-minérale.

L'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand met chaque année 6 places d'internes au concours, les titulaires reçoivent cinquante francs par mois comme appointements, et sont nourris les jours de garde. Les places de prosecteur, de préparateur de physique, de chimie et de pharmacie sont rétribuées et données au concours.

Ecole préparatoire de Dijon.

La circonscription de l'Ecole de Dijon comprend les départements de la Côte-d'Or, de la Haute-Marne, de la Nièvre, de Saône-et-Loire et de l'Yonne.

Année scolaire 1904-1905.

Directeur : M. Deroye. — Directeur honoraire : M. Gautrelet. — Professeurs honoraires : MM. Maillard, Hebert et Tarnier. Secrétaire honoraire : M. Bossu. — Secrétaire de l'Ecole : M. Rossignon (aux Facultés, rue Monge).

L'Ecole ouvrira ses cours le jeudi 3 novembre, selon le programme suivant :

Semestre d'hiver, *novembre-mars.*

Clinique médicale : M. Deroye, les lundis, mercredis et vendredis, à 8 h. 1/2 du matin. — *Clinique chirurgicale* : M. Parisot, les mardis, jeudis et samedis, à 8 h. 1/2 du matin. — *Anatomie descriptive* : M. Zipfel, les mardis, jeudis et samedis à 5 h. ; M. Abrant, chef des travaux anatomiques, les lundis, mercredis et vendredis à 3 h. — *Anatomie topographique* : M. Baron, professeur suppléant, les mardis et samedis à 4 h. — *Travaux pratiques d'anatomie* : M. Abrant, chef des travaux anatomiques, tous les jours à 1 h. — *Pathologie interne* : M. Misset, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 h. — *Médecine opératoire* : M. Broussolle, les jeudis à 4 h. — *Pharmacie et matière médicale* : M. Vincent, les mardis, vendredis et samedis, à 9 h. — *Chimie organique et toxicologie* : M. Pigeon, professeur chargé du cours, les lundis, mercredis et jeudis, à 9 h. 1/2. — *Chimie organique et toxicologie* : M. Pigeon, professeur chargé du cours, les lundis, mercredis et jeudis, à 9 h. 1/2. — *Travaux pratiques de chimie, de physique et de pharmacie* : M. Voisenet, chef des travaux physiques et chimiques, les mardis, mercredis et jeudis, à 1 h. 1/4.

Semestre d'été, *mars-juillet.*

Clinique médicale : M. Deroye, les lundis, mercredis et vendredis, à 8 h. 1/2 du matin. — *Clinique chirurgicale* : M. Parisot, les mardis, jeudis et samedis, à 8 h. 1/2 du matin. — *Clinique obstétricale, maladies des femmes et des enfants* : M. Gautrelet, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 h. — *Anatomie pathologique et bacteriologique* : MM. Dubard, professeur suppléant, les lundis et vendredis à 10 h. — *Anatomie et physiologie générales* : M. Michaut, professeur suppléant, les mardis et samedis à 4 h. — *Physiologie* : M. Michaut, chef des travaux de physiologie, chargé du cours, les mardis, jeudis et samedis, à 4 h. — *Travaux pratiques de physiologie* : M. Michaut, chef des travaux de physiologie, chargé du cours les mercredis, à 10 h. —*Histologie* : M. Collette, les mardis, jeudis et samedis, à 3 h. — *Travaux pratiques d'histologie* : M. Abrant, chef des travaux histologiques, les mardis et samedis, à 5 h. — *Pathologie externe* : M. Broussolle, les mercredis et vendredis, à 3 h. — *Médecine opératoire* : M. Abrant, chef des travaux de médecine opératoire, les mardis et samedis, à 4 h. — *Histoire naturelle médicale* : M. Laguesse, les mardis, mercredis et vendredis, à 10 h. 1/4. — *Conférences* : M. Bonnabeaud, professeur-suppléant, les vendredis et samedis, à 1 h. — *Travaux pratiques d'histoire naturelle* : M. David, chef des travaux d'histoire naturelle, les lundis, vendredis et samedis, à 1 h. 1/2. — *Matière médi-*

cale : M. Voisenet, professeur suppléant, les lundis et jeudis, à 8 h. — *Physique biologique* : M. Hurion, professeur, chargé du cours, les lundis et vendredis, à 1 h. 1/2 (médecine) et les mercredis, à 4 h. 1/2 (pharmacie). — *Chimie biologique et toxicologie* : M. Bellier, professeur suppléant, les mardis, à 4 h. et les jeudis, à 10 h. 1/2. — *Travaux pratiques de chimie, de physique et de pharmacie* : M. Voisenet, chef des travaux physiques et chimiques, les mercredis, à 1 h. 1/2, et les samedis, à 8 h. — *Conférences cliniques sur l'aliénation mentale* : M. Garnier, médecin en chef de l'Asile des aliénés, les samedis, à 10 h. 1/4, à l'asile des Chartreux.

Les travaux pratiques sont obligatoires pour tous les étudiants.

Inscriptions : Les étudiants devront prendre leurs inscriptions du 20 octobre au 15 novembre, du 4 au 15 janvier, du 1er au 15 mars et du 1er au 15 juin. Le droit d'inscription est uniformément de 30 fr. par trimestre, soit 120 fr. pour l'année entière. pour tous les étudiants. Indépendamment des diplômes ou certificats indiqués ci-après pour chaque catégorie d'étudiants, chacun d'eux doit déposer en prenant sa première inscription : 1° son acte de naissance ; 2° s'il est mineur, l'autorisation de son père ou tuteur, avec signature légalisée par le maire de la commune ; 3° une note indiquant son domicile en ville.

Doctorat en médecine (Décret du 31 juillet 1893). — Article premier. — Les études en vue du doctorat en médecine durent quatre années. Elles peuvent être faites pendant les trois premières années dans une *École préparatoire de Médecine et de Pharmacie.* Les études de la quatrième année ne peuvent être faites que dans une Faculté ou une Ecole de plein exercice. — Art. 2. — Les aspirants au doctorat en médecine doivent produire, pour prendre leur première inscription, un diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles. — Art. 3. — Ils subissent cinq examens et soutiennent une thèse. — Art. 4. — Les examens portent sur les matières suivantes :

Premier examen : Anatomie, moins l'anatomie topographique Epreuve pratique de dissection.

Deuxième examen : Histologie : physiologie, y compris la physique biologique et la chimie biologique.

Troisième examen : Première partie. — Médecine opératoire et anatomie topographique, pathologie externe, accouchements. Deuxième partie. — Pathologie générale, parasites animaux, végétaux ; microbes. Pathologie interne, épreuve pratique d'anatomie pathologique.

Quatrième examen : Thérapeutique, hygiène, médecine, matière médicale, pharmacologie, avec les applications des sciences physiques et naturelles.

Cinquième examen : Première partie. — Clinique externe. Clinique obstétricale. Deuxième partie. — Clinique interne. Thèse sur un sujet au choix du candidat.

Art. 5. — Le premier examen est subi entre la sixième et la huitième inscription ; le second entre la huitième et la dixième ; le troisième entre la treizième et la seizième ; le quatrième et le cinquième après la seizième.

Art. 6. — Les notes obtenues par les candidats, soit aux travaux pratiques, soit aux interrogations, soit dans les services cliniques où ils ont été régulièrement admis comme stagiaires, sont communiquées aux examinateurs par les soins du doyen ou du directeur. Il en est tenu compte pour le résultat de l'examen.

Art. 7. — Les étudiants dans les Ecoles préparatoires réorganisées subissent le premier et le second examen devant l'Ecole à laquelle ils appartiennent.

Art. 11. — Les travaux pratiques de dissection, de laboratoire et de stage près les hôpitaux sont obligatoires. Le stage près les hôpitaux est de trois ans au moins. Il doit comprendre un stage d'au moins un trimestre dans un service obstétrical.

Art. 12. — Le quatrième et cinquième examens et la thèse doivent être subis devant la même Faculté.

Droits à percevoir des aspirants au Doctorat en médecine pour la bibliothèque et les travaux pratiques. Droit de bibliothèque : 2 fr. 50 par trimestre ou 10 fr. pour l'année. Droit de travaux pratiques : 15 fr. par trimestre ou 60 fr. pour l'année.

Pharmacie (Décret du 26 juillet 1885). — Les études pour l'obtention du grade de pharmacien durent 6 années ; 3 ans de stage dans une officine et 3 ans de scolarité. Les aspirants au titre de pharmacien de 1re classe devront prouver, au moment de leur première inscription de stage, qu'ils sont pourvus d'un diplôme de bachelier. Les huit premières inscriptions prises dans une école préparatoire conserveront toute leur valeur devant une école supérieure. Les élèves en pharmacie de l'une et de l'autre classe ne seront admis à prendre la 1re *inscription de scolarité* que sur la justification *d'un stage de trois années régulièrement* accompli dans une officine, et *validé* par l'examen spécial dont il est parlé ci-après (*Circul. du 7 avril 1883*). Les inscriptions ne seront, *en aucun cas*, converties en inscriptions de 1re classe pour les étudiants de 2e classe en cours d'études ; mais il en sera autrement pour les pharmaciens de 2e classe qui auront exercé pendant un an au moins. A la fin de chaque année scolaire, les étudiants de l'une et de l'autre classes subissent un examen portant sur les matières enseignées pendant la période d'études qui finit. L'étudiant ajourné peut se représenter au mois de novembre. Dans le cas d'un nouvel ajournement, il ne peut se représenter qu'au mois d'août suivant. Il ne prendra point d'inscription durant l'année suivante et ne pourra suivre que les travaux pratiques de l'année scolaire précédente. Les examens de fin d'année sont gratuits pour les aspirants au diplôme de 2e classe ; les aspirants au titre de pharmacien de 1re classe ont à verser la somme de 50 fr. au profit de la caisse municipale. Les droits de *Travaux pratiques* pour les étudiants en pharmacie de l'une et l'autre classes sont de 100 fr. par an (25 fr. par trimestre) ; le droit de *Bibliothèque* est de 10 fr. (2 fr. 50 par trimestre). Les trois examens probatoires pour les candidats au diplôme de 2e classe doivent être subis dans l'établissement où a été accomplie la troisième année de scolarité. Ils portent sur les matières suivantes fixées par le décret du 24 juillet 1889.

Premier examen : *Sciences physico-chimiques. — Application de ces sciences à la pharmacie* . — Epreuve pratique : Analyse chimique. Epreuve orale : physique ; chimie ; toxicologie.

Deuxième examen : *Sciences naturelles. — Applications à la pharmacie.* — Epreuve pratique : Micrographie. Epreuve orale : Botanique ; zoologie ; minéralogie et hydrologie. — Il est accordé *quatre* heures pour l'épreuve pratique de chimie et *deux* heures pour l'épreuve pratique de micrographie. Ces épreuves sont éliminatoires.

Troisième examen : 1re *Partie.* — Sciences pharmaceutiques proprement dites. *Epreuves pratiques* : Essai ou dosage d'un médicament. — Reconnaissance des médicaments simples et composés. — *Epreuve orale* : Pharmacie chimique et galénique. — Matière médicale. 2e *Partie.* — Préparation de huit médicaments chimiques ou galéniques. — Interrogations sur ces préparations Quatre jours sont accordés pour la deuxième partie de l'examen. Cette deuxième partie du troisième examen pourra être remplacée, après avis de l'École ou de la Faculté mixte, par une thèse contenant des recherches personnelles. Les candidats refusés aux épreuves orales d'un examen conservent le bénéfice de la partie pratique. Les étudiants refusés à l'une ou à l'autre épreuve pendant la session d'août sont ajournés à la session de novembre suivant.

Cours. Les étudiants en médecine de *première année* sont tenus de suivre les cours de *clinique*, *d'histologie*, *d'anatomie*, *de physique et chimie biologique*, et les *travaux pratiques*. Les étudiants de *deuxième année*, les cours de *clinique*, d'*anatomie*, de *physiologie*, d'*histologie*, de *pathologie* et les *travaux pratiques*. Les étudiants de *troisième année* suivront les cours de *clinique*, de *pathologie*, d'*obstétrique* et les *travaux pratiques*. Les élèves qui se destinent à la pharmacie doivent suivre les cours de *physique*, de *chimie*, de *toxicologie*, de *pharmacie*, d'*histoire naturelle*, de *matière médicale* et les *travaux pratiques*.

Stage. (*En médecine et en pharmacie. — Examen de validation pour les pharmaciens*). Les étudiants en médecine aspirant au doctorat sont tenus à *trois années* de stage dans un hôpital (ce stage commence après la première inscription). Les élèves en pharmacie doivent faire aussi un stage de *trois ans* dans une officine de pharmacien. *Ils doivent renouveler leur inscription chaque année au mois de juillet, quelle que soit l'époque à laquelle la dernière a été prise.* Après avoir accompli le stage officinal, qui ne compte qu'à partir de l'âge de 16 ans et du jour où ils ont justifié du certificat d'études ou d'un titre équivalent, et, *avant de prendre la première inscription de scolarité*, les élèves en pharmacie de l'une et de l'autre classe devront subir un examen de *validation de stage* devant un jury composé de deux pharmaciens de 1re classe et d'un professeur ou agrégé de Faculté, président, (*Décret du 26 juillet* 1885, *art.* 6). Cet examen se compose des épreuves suivantes : 1° préparation d'un médicament composé, galénique ou chimique, inscrit au Codex ; 2° une préparation magistrale ; 3° détermination de trente plantes ou parties de plantes appartenant à la matière médicale, et de dix médicaments composés ; 4° questions sur diverses opérations pharmaceutiques (*Décret du 26 juillet* 1885, *art.* 6). Il est accordé 4 h. pour la 1re épreuve, une demi-heure pour chacune des trois autres. Il a lieu dans les écoles préparatoires, pendant les sessions d'août et de novembre. Il donne lieu à la perception d'un droit de 25 fr. au profit de la caisse municipale (*Décret du 3 août* 1880).

Concours. — Des concours particuliers pour les places d'élèves internes, d'élèves externes, de prosecteur, d'aide d'anatomie, de préparateur de chimie, de physique, de pharmacie et d'histoire naturelle, ont lieu toutes les fois qu'une vacance se produit dans ces emplois. Un concours pour les prix a lieu à la fin du deuxième semestre. Ces prix seront décernés aux élèves dans la séance publique de rentrée.

Ecole de médecine et de pharmacie de Dijon.

Concours pour un emploi de suppléant d'anatomie et de physiologie. — Par arrêté de M. le ministre de l'Instruction publique en date du 13 octobre 1904, un concours s'ouvrira le 20 avril 1905, devant la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires d'Anatomie et de Physiologie, à l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Dijon. Nul ne peut être admis à concourrir, s'il n'est français ou naturalisé Français, âgé de 25 ans accomplis et pourvu du diplôme de docteur en médecine.

Programme des épreuves du Concours : 1° *Composition écrite* sur un sujet de physiologie. — Cinq heures sont accordées pour cette composition qui a lieu dans une salle fermée, sous la surveillance d'un membre du jury ; les concurrents ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé. 2° *Leçon orale*, de trois quarts d'heure de durée, sur une question d'anatomie descriptive, après trois heures de préparation dans une salle fermée ; les concurrents ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé. 3° Epreuves pratiques. *A. Une préparation extemporanée d'anatomie descriptive.* — Cinq heures sont accordées pour cette épreuve. *B. Une préparation extemporanée d'histologie.* — Quatre heures sont accordées pour cette épreuve. 4° Appréciation des titres et travaux scientifiques.

Les concurrents devront se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté à Lyon. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours. Les Candidats auront à produire : 1° une copie légalisée de leur acte de naissance. 2° leur diplôme de docteur en Médecine ; à ces pièces, ils devront joindre l'indication de leurs services et de leurs travaux. Ils déposeront un exemplaire de chacun des ouvrages ou mémoires qu'ils auront publiés.

Ecole de Grenoble.

Directeur : M. Bordier.
Directeur honoraire : M. Berger.
Professeurs honoraires : MM. Berger et Gallois.

Semestre d'hiver 1903-1904.

Les cours commenceront le 3 novembre 1903.

Clinique médicale et maladies des enfants : M. Porte, prof. ; mardi et vendredi, à 10 h. — *Clinique chirurgicale* : M. Girard, prof. lundi, jeudi, à 10 h. — *Clinique obstétricale et Gynécologie* : M. Cibert, mer., sam., à 10 h. — *Anatomie* : M. Allard, professeur, lun., mercr. et vend., à 1 h. 1/2.— *Bactériologie* : M. Lépine, professeur, lundi, à 4 heures. — *Pathologie élémentaire* : M. Termier, professeur, suppl., samedi, à 4 h. — *Pathologie médicale* : M. Pegoud, professeur, mercredi, jeudi, vendredi, à 5 heures. — *Pharmacie et Matière médicale* : M. Verne, professeur, mardi, vendredi, à 8 heures 3/4.—*Physique* : M. Bragard, mercredi, jeudi, à 9 heures. — *Histoire naturelle (Zoologie)* : M. Bordier, professeur, lundi, jeudi, à 10 h. — *Chimie (Métalloïdes-métaux)* : M. Labatut, professeur suppléant chargé de cours, lundi et jeudi, à 2 heures.

Cours complémentaires. Anatomie : M. Termier, mardi à 1 h. 1/2. — *Accouchements* : M. Cibert, prof., vendredi à 11 h. — *Ophtalmologie* : M. Deschamps, chargé de cours, mardi à 11 h. — *Pathologie générale* : M. Jacquemet, lundi à 5 h.

Travaux pratiques

Dissection : M. Termier, lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi à 2 h. 1/2 à 5 h. — *Bactériologie* : M. Lépine, mardi, samedi à 4 heures. — *Chimie biologique* : M. Labatut, jeudi à 4 h. — *Histoire naturelle* (zoologie) ; M. X..., mardi et vendredi à 10 heures. — *Chimie* : M. Romeyer, chef des travaux de chimie, mercredi et samedi à 2 heures. — *Pharmacie* : M. Martin, professeur suppléant, vendredi, à 2 heures. — *Hydrologie* : M. Georges Dodero, chargé de suppléance, mercredi à 10 heures.

Dispositions générales. — *Elèves en médecine.* — L'école de Grenoble délivre 12 inscriptions de doctorat équivalentes à celles des Facultés. Les étudiants subissent à l'école même le premier et le second examen de doctorat.

Stage hospitalier. — Le stage à l'hôpital est obligatoire depuis la première inscription ; à cet effet, les élèves sont, à partir du 15 novembre, distribués en séries alternativement astreintes, pendant deux mois chacune, à suivre la visite d'un service de médecine ou d'un service de chirurgie désignés ; ce stage, borné à la visite, n'empêchera pas les élèves des deux séries d'assister aux cliniques de médecine, de chirurgie et d'accouchements qui ont lieu à des jours différents. Une série spéciale aux élèves de 3e année sera affectée, pendant 3 mois d'été, aux services d'accouchements. Pour les élèves qui rempliront à l'hôpital les fonctions d'interne ou d'externe, ces dernières tiendront naturellement lieu de stage.

Travaux pratiques. — Les travaux pratiques sont obligatoires comme le stage. — Les élèves dont les absences ne seront pas motivées sont passibles de la privation d'inscription.

Les notes obtenues par l'élève, soit dans le service où il est stagiaire, soit aux divers travaux pratiques, soit aux cours et aux cliniques, seront communiquées aux examinateurs et entreront en ligne de compte dans l'appréciation du jury.

Candidats a l'école du service de santé militaire. — Les élèves qui ont l'intention de se présenter aux concours d'admission à l'école du service de santé militaire suivront à l'école de Grenoble, en dehors des cours et travaux pratiques communs à tous les élèves en médecine, des cours spéciaux en vue d'une préparation spéciale, conformément au programme officiel d'admission à l'école.

Elèves en pharmacie. — Les élèves en pharmacie qui aspirent au titre de pharmacien de 1re classe peuvent faire compter 8 inscriptions à l'école de Grenoble pour deux ans dans une école supérieure de pharmacie. Ceux qui aspirent au titre de pharmacien de 2e classe prendront à l'école 12 inscriptions. Ils ne sont admis à prendre la 5e et la 9e qu'après avoir subi avec succès un examen de fin d'année.

Travaux pratiques. — Les travaux pratiques sont obligatoires. Les élèves dont les absences ne seront pas motivées sont passibles de la privation d'inscription. Les notes obtenues soit aux travaux pratiques, soit aux cours seront communiquées aux examinateurs et entreront en ligne de compte dans l'appréciation du jury.

Etudiants étrangers aspirant au diplôme Universitaire de Lyon. — 1° Les étudiants en médecine étrangers, qui viennent à Grenoble pour apprendre la langue française et qui accompagnent leurs nombreux camarades venus pour suivre les divers cours de l'Université, sont admis à tous les cours et à tous les travaux pratiques de l'Ecole, moyennant un droit de 30 francs comme les étudiants français. 2° Les étudiants en médecine étrangers qui désirent obtenir le Diplôme Universitaire de Doctorat en Médecine de l'Université de Lyon peuvent passer trois ans à l'Ecole de Grenoble, y prendre 12 inscriptions et y subir 2 examens de doctorat, aux mêmes conditions que les étudiants français. Le diplôme de docteur de l'Université de Lyon est délivré, dans l'ordre de la médecine, aux étudiants étrangers qui ont obtenu de faire leurs études médicales en France avec dispense du grade de bachelier, et qui, après la scolarité et les examens prévus par les décrets du 31 juillet 1893 et du 24 juillet 1899, ont soutenu leur thèse devant la Faculté de Lyon. Les étudiants étrangers qui aspirent à ce diplôme suivent les mêmes cours, participent aux mêmes exercices (travaux pratiques et stage hospitalier), et subissent les mêmes examens que les étudiants français aspirant au diplôme d'Etat. Le diplôme de l'Université ne donne pas droit d'exercer la médecine en France. Par décision du Conseil de l'Université de Lyon, approuvée par M. le Ministre de l'Instruction publique, les étudiants étrangers qui auront été autorisés par le Ministre à commencer leurs études à l'Ecole préparatoire de médecine de Grenoble, en vue d'un diplôme universitaire de docteur en médecine, sont admis à faire valoir, auprès de la Faculté de médecine de l'Université de Lyon, en vue du doctorat de cette Université, les inscriptions qu'ils auraient prises et les examens qu'ils auraient subis avec succès, à Grenoble, jusqu'à concurrence de 12 inscriptions et de 2 examens.

Ecole de Limoges.

Directeur : M. Chénieux.
Directeur honoraire : M. Raymondaud.
Secrétaire : M. Pillault.

La circonscription de cette école comprend les départements de la Haute-Vienne, de la Corrèze, de la Dordogne et du Lot.

Année scolaire 1904-1905.

L'enseignement institué par décret du 31 juillet 1893, pour l'obtention du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, a été organisé à l'Ecole dès le mois de novembre 1894, et les examens probatoires auront lieu, aux sessions de juillet et de novembre, sous la présidence d'un professeur d'une Faculté des sciences, délégué par le Ministre. Les cours commenceront le jeudi 3 novembre 1904.

Programme des cours.

Semestre d'hiver. — *Anatomie* : M. Lemaistre, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à midi et demi. — *Clinique chirurgicale* : M. Chénieux, professeur, directeur de l'Ecole, lundi, vendredi, à 8 h. du matin. — *Clinique médicale* : M. Thouvenet (Albert), professeur, mardi, jeudi, à 9 h. du matin. — *Clinique obstétricale et Gynécologie* : M. Bleynie, professeur, mercredi, samedi, à 9 heures du matin. — *Pharmacie et matière médicale* : M. Pillault, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 10 heures et demie. — *Chimie minérale* : M. Peyrusson, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 4 heures. — *Physique générale* : M. Biais, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures. — *Physique biologique* : M. Biais, professeur, jeudi, à 5 heures. — *Sciences naturelles* : *Zoologie* : M. Boudet, professeur ; M. Devaux, chargé du cours, mardi, jeudi, samedi, à 8 heures et demie.

Semestre d'été. — *Physique générale* : M. Biais, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 10 h. 1/4. — *Physique biologique* : M. Biais, professeur, jeudi, à 5 heures. — *Chimie organique, Chimie biologique. Toxicologie* : M. Peyrusson, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 10 heures et demie — *Histologie* : M. Raymondaud, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures. — *Physiologie* : M. Descazal, chargé du cours, mardi, jeudi, samedi, à 2 heures. — *Pathologie interne* : M. Cubertafond, chargé de cours jeudi, samedi, à 4 h. — *Pathologie externe et Médecine opératoire* : M. Raymond, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures. — *Clinique obstétricale et Gynécologie* : M. Bleynie, professeur, mercredi, samedi, à 8 heures. — *Clinique chirurgicale* : M. Chénieux, professeur, lundi, vendredi, à 8 heures. — *Clinique médicale* : M. Thouvenet (Albert), professeur, mardi, jeudi, à 8 h. du matin. — *Botanique générale* : M. Devaux, professeur suppéant, mardi, jeudi, samedi, à 8 heures et demie. — *Botanique médicale* : M. Boudet, professeur ; M. Devaux, chargé du cours, lundi, à 8 heures et demie.

Cours complémentaires, conférences et travaux pratiques.

Semestre d'hiver. — *Cours complémentaire d'anatomie* : M. Vouzelle, mardi, jeudi, à midi et demi. — *Démonstrations pratiques* : M. Donnet, chef des travaux anatomiques, tous les jours, à 2 h. — *Physique, Travaux pratiques pour le certificat d'études* P. C. N : M. Garraud, chef des travaux, jeudi, à 1 heure. — *Cours complémentaires d'accouchement* : M. Donnet, professeur suppléant, mardi, jeudi, à 4 heures. — *Dissection et Travaux pratiques d'histoire naturelle pour le certificat d'études* P. C. N. : M. Devaux, professeur suppléant, mercredi, vendredi, à 8 heures du matin. — *Conférences et manipulations chimiques et analytiques pour le certificat d'études* P. C. N. : M. Garraud, chef des travaux chimiques, lundi, mardi et samedi de 1 h. à 4 h. — *Conférences et travaux pratiques de chimie et de physique pour la pharmacie* : M. Garraud, professeur suppléant, mercredi, vendredi, à 1 heure.

Semestre d'été. — *Travaux pratiques de Micrographie pour la pharmacie.* : M. Devaux, professeur suppléant, vendredi, à 8 h. du matin. — *Histologie, Travaux pratiques* : M. Donnet, chef des travaux, mercredi, à 4 heures. — *Physiologie. Travaux pratiques.* — M. Descazal, mardi, jeudi, samedi, à 3 heures. — *Bactériologie* : M. Jouhaud, lundi, vendredi, à 5 heures. — *Conférences et Travaux pratiques de chimie* ; M. Garraud, chef des travaux, lundi, mardi, samedi, à 1 h. (*pour le certificat d'études* P. C. N.) ; *De physique* : jeudi à 1 h. (*pour le certificat d'études* P. C. N.) — *Conférences et Travaux pratiques de chimie et de physique pour la pharmacie* : M. Garraud, professeur suppléant, mercredi, vendredi, à 1 heure. — *Histoire naturelle, Travaux pratiques et Herborisation* : M. Devaux, profes. suppl., chef des trav., mercredi, vendredi, à 7 heures et demie. — *Travaux pratiques de Micrographie pour la pharmacie* : M. Devaux, profes. suppl.. chef des trav., mercredi et vendredi, à 8 heures.— *Minéralogie et Hydrologie* : M Garraud, professeur suppléant, mercredi, vendredi, à 3 h.

Préparation spéciale au concours d'admission à l'école du service de santé militaire ; langue allemande, M. N., professeur au lycée. — Pathologie générale interne et externe ; MM. Donnet et Cubertafond. — Professeurs suppléants : MM. Devaux, Eymeri, Donnet, David, Garraud. — Chef des travaux anatomiques : M. Donnet. — Chef des travaux de Physique et de Chimie : M. Garraud. — Chef des travaux d'histoire naturelle : M. Devaux. — Chef des travaux de médecine opératoire : M. N.— Chef des travaux physiologiques : M. N. — Prosecteur : M. N. — 4 préparateurs : Physique, Chimie, Pharmacie, Histoire naturelle ; et 2 chefs de clinique.

Elèves docteurs en médecine. — Conformément aux dispositions du décret du 31 juillet 1893, art. 2, les élèves qui aspirent au diplôme de docteur en médecine ont à produire, au moment où ils prennent leur première inscription, le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie), et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Les travaux pratiques de laboratoire, de dissection et le stage près des hôpitaux leur sont obligatoires.

Elèves en pharmacie de 1re classe. — Les études pour obtenir le diplôme de pharmacien de 1re classe durent six années, dont trois années de stage dans une officine et trois années de cours.

Pendant les deux premières années, les cours peuvent être suivis dans une Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie.

Les aspirants doivent produire, au moment où ils prennent la première inscription, soit de scolarité, soit de stage, le diplôme de bachelier ès lettres ou le diplôme de bachelier ès sciences complet ou le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire spécial. Les travaux pratiques sont obligatoires. (Décret du 12 juillet 1878).

Elèves officiers de santé. — A partir du 1er novembre 1894, il n'est plus délivré d'inscription pour l'officiat, sauf pour les élèves en cours d'études.

Le nombre d'inscriptions qu'ils ont à prendre dans les écoles est de seize. — Les travaux pratiques de laboratoire, de dissection et de stage près les hôpitaux sont obligatoires.

Elèves en pharmacie de 2e classe. — Les études pour obtenir le diplôme de Pharmacien de 2e classe durent six années, dont trois années de stage officinal et trois années de cours suivis dans une Ecole supérieure de Pharmacie ou dans une Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie.

Aux termes de la loi du 19 avril 1899, relative à l'unification du diplôme de pharmacien et qui a pris son effet à partir du 19 avril 1900, il ne peut être admis au stage que les candidats pourvus d'un baccalauréat. Le certificat d'études institué par le décret du 25 juillet 1893 est tombé en désuétude depuis le 21 avril 1900. Les travaux pratiques sont obligatoires. (Décret du 14 juillet 1875).

Après avoir accompli le stage officinal, et avant de prendre la première inscription de scolarité, les Elèves en Pharmacie de l'une et l'autre classe devront subir un examen de validation de stage devant un jury composé de deux Pharmaciens de 1re classe et d'un Professeur ou Agrégé de la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux.

Dispositions communes à tous les élèves. — Toute première inscription doit être prise au commencement de l'année scolaire, les autres dans les quinze premiers jours de chaque trimestre. Toût élève qui se présente pour prendre une première inscription doit déposer entre les mains du Secrétaire :

1° Son acte de naissance : ceux qui aspirent au diplôme de Docteur en Médecine doivent avoir seize ans accomplis ; 2° S'il est mineur, une déclaration en forme régulière (signature légalisée de son père ou tuteur, l'autorisant à suivre les cours de l'École) ; 3° Les titres universitaires exigés pour la catégorie d'études dans laquelle il est compris ; 4° L'indication de son domicile à Limoges, et du domicile de ses parents.

Les douze premières inscriptions prises dans une Ecole préparatoire de Médecine comptent pour toute leur valeur dans une Faculté. — Les droits de travaux pratiques et de bibliothèque doivent être acquittés par tous les Elèves au moment de la prise de chaque inscription.

Aspirantes sages-femmes. — Les aspirantes sages-femmes de 1re ou de 2e classe se font inscrire du 1er au 15 octobre de chaque année. En se faisant inscrire, elles déposent les pièces mentionnées au décret du 25 juillet 1893 dont le détail leur sera donné au secrétariat. Ce décret est exécutoire à partir du 1er octobre 1893.

Le registre des inscriptions est ouvert au commencement de chaque trimestre de l'année scolaire et, pour les aspirantes sages-femmes, du 1er au 15 octobre, chez M. le professeur Pillault, Secrétaire de l'Ecole, rue de la Réforme, 4.

Tous les ans, ont lieu, à l'Ecole de Limoges, aux session de juillet-d'août et de novembre, des examens pour la réception des Pharmaciens de 2e classe, des Sages-femmes et de Herboristes de 2e classe, pour le certificat d'études et les deux premiers examens de Doctorat en médecine et pour la réception des Officiers de santé. Une session en avril est spécialement ouverte pour le 1er examen de Doctorat.

Limoges, le 30 octobre 1904.

Mon cher Directeur,

J'aurais plaisir à vous signaler la prospérité de notre Ecole, s'il n'y avait un petit point noir à l'horizon. Le nombre des étudiants en vue du certificat P. C. N. et du doctorat en médecine va toujours croissant. Voilà pour le progrès. Mais depuis l'unification du diplôme, les étudiants en pharmacie se font plus rares. Et il y a là un péril pour les Ecoles préparatoires dont le budget est, vous ne l'ignorez pas, purement municipal. Il faudra trouver un remède, à moins qu'on ne nourrisse en haut lieu le secret désir d'en voir disparaître le plus grand nombre.

Quoique je ne me dissimule pas le danger qui nous menace de ce chef, je crois pouvoir affirmer que nous triompherons des difficultés parce que le nombre des étudiants en médecine augmente chaque année et continuera d'augmenter dans une ville dont la population croît rapidement et qui de jour en jour devient un centre régional plus important.

D'autre part, l'organisation de nos services hospitaliers, surtout au point de vue des cliniques, s'est grandement amélioré. Les services de chirurgie, dans les nouveaux bâtiments qui leur sont consacrés, ne laissent rien à désirer. Les élèves en bénéficieront largement. Cela se dit, et nous avons déjà des recrues qui nous viennent de loin et c'est là ce qui concourt à me faire espérer cette compensation au déchet produit par la diminution des étudiants en pharmacie.

Croyez, mon cher Directeur, à mes meilleurs sentiments.

Le Directeur. F. Chénieux.

Ecole de Poitiers.

Année scolaire 1904-1905.

Directeur : M. Chédevergne. — *Secrétaire* : M. S. Roche.

La circonscription de l'école comprend les départements de la Vienne, de la Creuse et de l'Indre.

Les cours du premier semestre commencent le 3 novembre et finissent le 15 mars. — Les cours du second semestre commencent le 15 mars et se terminent à la fin du mois de juillet.

Premier Semestre. — *Clinique médicale* : M. Chédevergne, leçons du professeur, les mercredis et samedis, à 9 h. 1/2. — *Clinique chirurgicale* : M. Chrétien, leçons du professeur, les mardis, vendredis, à 9 h. 1/2. — *Clinique obstétricale*: M. Roland, leçons du professeur, les lundis et jeudis, à 9 h. 1/2. — *Anatomie* : M. Buffet-Delmas, leçons du professeur, les lundis, mardis, jeudis, et samedis, à midi 3/4. — M. Petit : Leçons et conférences du suppléant, les mardis, mercredis, jeudis et vendredis, à 8 h. 1/2. — M. Berland, leçons et conférences du chef des travaux anatomiques, les lundis, mercredis, vendredis et samedis, à 4 heures. — *Pathologie médicale* : M. de la Garde, les lundis, mercredis, vendredis, à 5 heures. Conférence, le samedi, à la même heure. — *Chimie (Pharmacie)* : M. Sauvage, les lundis et mercredis, à 1 heure 1/2. — *Physique (Pharmacie)* : M. Garbe, le mardi, de 10 heures à 11 heures. — *Physique (Médecine)* : M. Garbe, le jeudi, de 5 heures 1/2 à 6 heures 1/2. — *Botanique (Pharmacie)* : M. Maurice Léger, les jeudis et samedis de 9 heures à 10 heures. — *Bactériologie et Parasitologie* : M. Maurice Léger, les mardis et samedis, à 5 heures. — *Pharmacie et matière médicale* : M. Jouteau, les mardis, à 1 h. 1/2, jeudis et samedis, à 2 h.

Deuxième Semestre. — *Clinique médicale* : M. Chédevergne, leçons du professeur, les mercredis et samedis, à 9 h. 1/2 — *Clinique chirurgicale* : M. Chrétien, les mardis et vendredis, à 9 heures 1/2. — *Clinique obstétricale* : M. Roland, les lundis et jeudis, à 9 h. 1/2. — *Physiologie* : M. Delaunay, les lundis, mardis et vendredis, de 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2. Conférence, le samedi, à 5 heures. — *Histologie* : M. Brossard, les mardis, jeudis et samedis, à 4 h. Conférence, le vendredi, à 5 h. 1/2. — *Pathologie chirurgicale* : M. Malapert, leçons, les mercredis, jeudis et samedis, à 1 h. 1/2. — *Médecine opératoire* : M. Malapert, les mercredis et samedis, à 1 h. — *Chimie biologique* : M. Sauvage, le samedi, de 8 h. 1/2 à 9 h. 1/2. — *Zoologie* : M. Poirault, les lundis, mercredis et vendredis, de 5 h. à 6 h. — *Herborisations* : M. Poirault, le dimanche.

Les conférences sont faites et les travaux pratiques sont dirigés par les suppléants et chefs de travaux.

Chimie et Physique : M. Sauvage, les lundis et mercredis, à 1 h. 1/2 (2e semestre). — *Hygiène* : M. Faivre (conférences), les lundis et vendredis, à 5 h. 1/2. — *Chirurgie militaire* (petite chirurgie) : M. Malapert, 1er semestre, les lundis, mercredis et vendredis, à 3 h. — *Matière médicale*, M. Laguet, les mardis et mercredis, à 8 h. (2e semestre). — *Cours de médecine dentaire* : M. Moore, les jeudis, à 8 h. 1/2 du matin.

Travaux pratiques.

Étudiants en médecine 1re, 2e, 3e années : *Anatomie* : M. Berland, tous les jours, de midi à 4 heures (1er semestre). — 2e et 3e années : *Histologie* : M. Berland, les mardis et samedis, à 3 heures. — *Physiologie* : M. Petit, les lundis et mercredis, à 4 heures. — 3e année : *Médecine opératoire* : M. Larre, les mercredis et samedis, à 1 heure. — 2e année : *Physique biologique* : M. L. Guitteau, les jeudis, de 2 h. à 4 h. (2e semestre).

Etudiants en pharmacie. 1re et 2e années : *Chimie* : M. L. Guitteau, les lundis et mercredis, de 8 h. à 11 h. — 3e année : *Histoire naturelle* : M. Maurice Léger, les mardis, jeudis et samedis, de 9 h. à 11 h. — 3e année : *Physique* : M. L. Guitteau, (conférences et manipulations), les vendredis, de 9 h. à 11 h. (2e semestre).

Ordre des cours suivant les années d'études.

Cours obligatoires pour les aspirants au doctorat (1re *année*). *Pendant le semestre d'hiver* : les cours d'anatomie, de chimie et de toxicologie, les travaux de dissection, les travaux pratiques de chimie, les travaux pratiques d'histoire naturelle. — *Pendant le semestre d'été* : Les cours de clinique externe, de physiologie, d'histoire naturelle, de physique, de pathologie externe, les travaux pratiques de chimie, les travaux pratiques de physique.

Cours obligatoires pour les aspirants au doctorat (2e *année*). — *Pendant le semestre d'hiver* : les cours de clinique externe de pathologie interne, de thérapeutique, d'anatomie, les travaux de dissection. — *Pendant le semestre d'été* : les cours de clinique interne, de physiologie, d'accouchement et de maladies des femmes et des enfants, d'hygiène, d'histoire naturelle, de pathologie externe.

Cours obligatoires pour les aspirants au doctorat (3e *année*). — *Pendant le semestre d'hiver* : Les cours de clinique externe, de clinique interne, de pathologie interne, de thérapeutique, les travaux de dissection. — *Pendant le semestre d'été* : les cours de clinique interne, d'accouchement et de maladies des enfants, d'hygiène.

Le service hospitalier comprend trois hôpitaux : l'Hôtel-Dieu, où ont lieu les cliniques ; l'Hôpital général, réservé aux vieillards, aux enfants et aux maladies mentales ; l'Hospice des Incurables, qui comprend un service de vénériennes et d'épileptiques. — Une clinique obstétricale est instituée à la Maternité.

Ces nombreux services rendent très faciles, pour les élèves, l'étude clinique des maladies, ainsi que celle de l'anatomie et de l'anatomie pathologique. Huit tables d'amphithéâtre permettent à huit séries de prendre simultanément part aux travaux.

Les internes, le prosecteur, les aides d'anatomie et les chefs de clinique sont nommés au concours à mesure que se produisent les vacances. Les élèves sont aussi appelés à profiter des cours de la Faculté des sciences de Poitiers, qui, par suite d'une entente entre les professeurs, complètent ceux de l'Ecole de Médecine. Ils sont même autorisés à prendre part aux travaux pratiques qui s'y font et qui peuvent leur être utiles.

La bibliothèque de l'Ecole de Médecine, celle de la Ville et celle des Facultés sont chaque jour ouvertes aux étudiants en médecine. Celle de l'Ecole a été récemment, de la part de M. le Dr Raymondet, l'objet d'une importante donation près de 700 volumes de médecine).

Les collections de l'Ecole sont également bien pourvues par suite de legs très considérables de plusieurs professeurs de l'Ecole et par suite des divers concours où des pièces d'anatomie doivent être préparées. L'anatomie pathologique offre des spécimens très remarquables.

Les étudiants devant passer les deux premiers examens de doctorat sans quitter l'Ecole, tout y est organisé pour les y préparer. M. Garbe, professeur de physique à la Faculté des Sciences, fait un cours à l'Ecole de Médecine deux fois par semaine. M. le Dr L. Guitteau, fils, licencié ès sciences naturelles, leur fait un cours complémentaire de zoologie et de botanique sur ces matières. Le chef des travaux exerce tous les jours pendant le semestre d'hiver, théoriquement et pratiquement, les Etudiants de 2e et de 3e année, en vue de la 1re partie du second examen. Indépendamment des cours de chimie que les élèves suivent à l'Ecole, ils sont admis à la Faculté des Sciences aux conférences de chimie analytique et de chimie biologique.

Ecole de Reims.

Année scolaire 1904-1905.

Directeur : Dr H. Henrot. — *Secrétaire* : M. De Bovis.

La circonscription de l'école de Reims comprend, pour les pharmaciens, les herboristes et les sages-femmes de 2e classe, les départements de la Marne, des Ardennes, de la Meuse, de Seine-et-Marne et de l'Aube. L'École a ouvert ses cours le jeudi 3 novembre, selon le programme suivant.

Semestre d'hiver.

Anatomie : MM. L. Harman, professeur, Bruandet, suppléant, tous les jours, de 11 heures à midi. — *Chimie minérale* : M. Henry, suppléant, lundi et vendredi, à 10 heures et demie. — *Physique* : M. Bagnéris, agrégé des Facultés de Médecine, suppléant, lundi, mercredi, et vendredi, à 9 heures. — *Pharmacie* : M. Lajoux, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 5 heures. — *Pathologie externe* : M. Simon, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 5 heures. — *Zoologie* : M. X.., suppléant, lundi, mercredi et vendredi, à 8 heures. — *Histologie*: M. Hache, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 5 heures. — *Pathologie générale* : M. Jacquinet, suppléant, lundi et vendredi, à 4 heures. — *Matière medicale* : M. Cordier, suppléant, lundi, mardi et mercredi, à 4 heures. — *Toxicologie* : M. Grandval, professeur, samedi, à 4 heures. — *Botanique* : M. Laurent, professeur, mercredi, de 5 heures à 6 heures.

Semestre d'été.

Physiologie : M. Langlet, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 11 heures. — *Pathologie interne* : M. Colleville, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 11 heures. — *Botanique* : M. Laurent docteur ès sciences, professeur, mercredi et samedi, à 5 heures. — *Physique médicale* : M. Chevy, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 5 heures. — *Histologie* (technique histologique) : M. Hache professeur, mercredi à 5 heures. — *Bactériologie* : M. Cordier, suppléant, mercredi et vendredi, à 5 heures 1/2. — *Medecine opératoire* : M. Simon, professeur, mardi, jeudi et samedi, de 3 heures à 5 heures. — *Chimie organique et toxicologie* : M. Grandval, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 4 h. 1/2. — *Hydrologie* : M. Lajoux, professeur, jeudi à 5 heures. — *Chimie biologique* : M. Cordier, suppléant, lundi

et mercredi à 5 heures. — *Chimie minérale* : M. HENRY, suppléant, lundi et vendredi, à 10 heures et demie.

Toute l'année.

Clinique médicale : M. H. HENROT, professeur ; M. JACQUINET suppléant. — M. SAINT-AUBIN, chef de clinique. — *Clinique chirurgicale* : M. A. POZZI, professeur ; M. LARDENOIS, suppléant. — *Clinique obstétricale* : M. DE BOVIS, professeur ; M. LARDENOIS, suppléant.

Travaux pratiques.

Semestre d'hiver.

Anatomie : M. M. LUTON, chefs des travaux, tous les jours (dimanche excepté) de 2 heures à 5 heures.—*Botanique*: M. LAURENT, chef des travaux, mardi, jeudi et vendredi, de 9 heures à midi. — *Zoologie* : M. X..., chef des travaux, mardi, de 1 h. 1/2 à 4 h. 1/2. — *Chimie* : M. BRAU, chef des travaux jeudi et samedi, de 2 heures à 4 heures. — *Chimie analytique* : M. HENRY, chef des travaux, lundi et mardi, de 1 h. 1/2 à 4 h. 1/2.

Semestre d'été.

Physiologie : M. E. WIET, chef des travaux, mardi et samedi, à 3 heures. — *Physique* : M. BAGNÉRIS, chef des travaux, mercredi et vendredi de 8 heures à 10 heures. — *Chimie* : M. BRAU, chef des travaux, jeudi et samedi, de 8 heures à 10 heures. — *Histologie* : M. E. LUTON, chef des travaux, lundi et vendredi, de 4 heures à 5 heures. — *Chimie analytique* : M. HENRY, chef des travaux, lundi, mardi et vendredi, de 1 h. 1/2 à 4 h. 1/2. — *Botanique* : M. LAURENT, chef des travaux, jeudi et vendredi, de 2 heures à 5 h. — *Zoologie* : M. X..., chef des travaux, de 1 h. 1/2 à 4 h. 1/2.

L'association des élèves en médecine et en pharmacie s'affirme chaque année par un grand banquet auquel sont conviés les professeurs des Ecoles et les chefs de service de l'Hôtel-Dieu.

Une très belle fête a été donnée un peu après la rentrée, avec pièce inédite, chants, morceaux de musique, orchestre.

Ecole de Rouen.

ANNÉE SCOLAIRE 1904-1905.

Circonscription de l'Ecole. — Départements : Seine-Inférieure, Eure, Seine-et-Oise.

Directeur : M. Raoul BRUNON. — Secrétaire : M. LUQUET.

Directeur honoraire : M. DELABOST. — Professeurs honoraires : MM. BLANCHE, TINEL et PENNETIER.

Semestre d'hiver, *5 novembre-15 mars.*

Clinique interne (Hôtel-Dieu) : M. OLIVIER. — *Clinique externe et gynécologique* (Hôtel-Dieu) : M. CERNÉ. — *Clinique obstétricale* (Hospice Gén.) : M. A. MARTIN. — *Travaux anatomiques* (Laboratoire) : M. N. — *Pathologie externe* (Ecole de médecine) : M. François HUE. — *Médecine opératoire* (Laboratoire) : M. JEANNE. — *Anatomie* (Laboratoire) : MM. BATAILLE et LONGUET. — *Physique médicale* (Ecole de Médecine) : M. BUGUET. —*Physique médicale* (Manipulations) : M. BUGUET. — *Histoire naturelle* (Ecole des sciences) : M. MESNARD. — *Chimie et Toxicologie* (Ecole de médecine) : M. GASCARD. — *Histologie végétale* (Ecole de médecine) : M. DUMONT. — *Travaux chimiques* : M. GASCARD. — *Bactériologie* (Cours libre) Laboratoire : M. GUERBET. — *Clinique des maladies chirurgicales de l'enfance.* (Cours libre) : M. Fr. HUE.

Semestre d'été, *10 mars au 31 juillet*

Clinique interne (Hôtel-Dieu) : M. OLIVIER. — *Clinique externe* (Hôtel-Dieu) : M. CERNÉ. — *Clinique obstétricale* (Hospice Gén.) : M. A. MARTIN. — *Anatomie-pathologique* (Cours compl. Hôtel-Dieu) : M. DÉVÉ. — *Physiologie* (école de médecine) : M. LONGUET. — *Pathologie interne* (Ecole de médecine) : M. BRUNON. — *Anatomie générale et Embryogénie* (Cours compl. Hôtel-Dieu) : M. BATAILLE. — *Histologie* (Ecole de Médecine) : M. LEUDET. — *Travaux pratiques* : M. DÉVÉ. — *Chimie médicale* (Ecole de médecine) : M. GASCARD. M. RICHARD. — *Histoire naturelle* (Ecole de médecine) : M. MESNARD. — *Travaux chimiques* (Ecole de médecine) ; M. GASCARD. — *Matière médicale* (Cours compl., Ecole de médecine) : M. POUCHIN. — *Histologie végétale* (Cours compl., Ecole de médecine) : M. DUMONT. — *Pharmacie* : M. POUCHIN. — *Physique médicale* : M. BUGUET. — *Bactériologie* (Cours libre. — Laboratoire) : M. GUERBET.

Travaux pratiques de Bactériologie. — Obligatoires depuis 1904 pour les étudiants en pharmacie.

Profes. suppléants : MM. DUMONT, JEANNE, RICHARD et GUERBET. — Chef des travaux anatomiques : M. N. — Chefs de clinique : MM. VALLÉE, SEYER, DELAFORGE.

Historique et annuaire de l'Ecole chez M. Lestringant, libraire à Rouen.

Services hospitaliers. — Aux services de médecine et de chirurgie des hôpitaux de Rouen sont attachés *douze internes* nommés au concours (se faire inscrire rue de Germont, 1). Ils sont logés, chauffés, éclairés, nourris toute l'année, et reçoivent un traitement de 600 fr. En outre, il y a dans chaque hôpital un élève panseur, choisi par l'Administration, et qui est logé, chauffé, éclairé et nourri, mais ne touche pas de traitement. Aux hôpitaux sont également attachés *cinq internes en pharmacie*, nommés au concours, et jouissant des mêmes avantages que les internes en médecine.

Préparateurs nommés au concours. — Le prosecteur reçoit une indemnité de 500 francs (dont la moitié est donnée par le Conseil général) ; l'aide d'anatomie, les préparateurs de chimie, de physique, de pharmacie, d'histoire naturelle, ont chacun une indemnité de 250 francs.

Prix décernés aux étudiants. — 1° *Prix des hôpitaux.* — Prix décerné par les hôpitaux aux étudiants qui ont pris des observations dans leurs services. — 2° *Prix de fin d'année* (1re, 2e et 3e années).— Médailles d'argent et livres. — 3e *Prix de travaux pratiques.* — *Pharmacie*, 1re, 2e et 3e années.— 4° *Prix du Conseil général* (300 fr.). — Le concours a lieu entre les étudiants de deuxième et de troisième année en cours d'études à l'Ecole de Médecine. — 5° *Prix Henri Pillore* (médaille d'or de 100 fr. et 880 francs) fondé par Mme veuve Pillore, en mémoire de son fils, le docteur Henri Pillore. — Le concours a lieu entre les étudiants en médecine ayant au moins huit inscriptions prises à l'Ecole de Rouen, et attachés depuis deux ans aux services des hôpitaux de Rouen.

Il est important de remarquer que l'Ecole à créé cette année 1904 *deux* enseignements nouveaux et rendus OBLIGATOIRES pour les étudiants en pharmacie : 1° Micrographie générale ; 2° Bactériologie, (travaux pratiques et conférence).

Rouen, le 20 octobre 1904.

Mon cher Directeur,

A votre interview au sujet de l'Ecole de Rouen, je ne puis qu'incomplètement répondre, sous peine d'empiéter sur les terrains qui ne sont ni de mon ressort ni de ma compétence. Je laisserai donc de côté les questions d'ordre administratif, médical, para-médical, nécrochirurgical, obstétrical, ou pharmaceutique, afin de mieux vous informer sur ce qui fut mon champ d'observation depuis trois années consacrées à l'enseignement officiel. Qu'il me suffise comme préambule de rendre hommage au corps professoral entier de l'Ecole qui remplit sans trêve sa tâche un peu lourde parfois.

A). Relativement aux **recherches scientifiques**, il me faut tout d'abord mettre en lumière l'extension prise par la biologie dans ses applications médicales ou chirurgicales. Pour le côté médical, les beaux travaux que poursuit mon collègue Devé sur les kystes hydatiques ont déjà eu leur retentissement. Pour le côté chirurgical, j'ai, quant à moi, largement imprégné plusieurs mémoires de l'enseignement bactériologique de Pasteur, histologique de Virchow, physiologique de Cl. Bernard. Chaque jour, dans ma pensée, la « chirurgie biologique » prend corps et consistance. Qu'il me soit seulement permis de rappeler ici les mémoires sur la transposition opératoire du testicule dans la cure de l'hydrocèle et du varicocèle, — la pathogénie de l'hydrocèle, — l'hallus flexus, — les péripleurites, — la cœlotomie abdominale submédiane, — l'asepsie opératoire et les différentes méthodes de stérilisation, — la dyspepsie appendiculaire, — les ostéomes consécutifs aux luxations réduites ; et les thèses consacrées par mes élèves à la défense de ces travaux (1).

B). Descendant maintenant à l'**enseignement élémentaire** et classique, celui que nous devons aux élèves, je vous dirai de suite que, sur ce point non plus, le zèle des professeurs ne s'est point ralenti. Voici par exemple ce qu'à mon actif je relève depuis deux ans : 1° un cours complet de physiologie élémentaire et chirurgicale, à titre de suppléant ; 2° un cours complet d'histologie élémentaire à titre de chargé de cours ; prélude obligatoire d'un cours d'anatomie pathologique auquel mon collègue Devé s'est plus spéciale-

(1) *Nota.*— Voir les thèses de Pélicier, d'Etienne, de Grouzet, de Sarrazin, de Joanin, 1902-03, ou 1903-04.

ment consacré ; 3° un cours complémentaire libre de pathologie chirurgicale ; 4° un cours complémentaire d'anatomie topographique et chirurgicale ; 5° enfin et surtout un cours obligatoire d'anatomie descriptive, ce dernier complet en 100 leçons réparties en 2 semestres d'hiver.

C). En ce qui concerne la **méthode d'enseignement** élémentaire, celle-ci a consisté 1° en « *sous colles* » et interrogations, faites par les 4 meilleurs élèves devenus moniteurs ; 2° en « *conférences* » dont j'ai chargé un aide anatomiste ; 3° en « *cours* » ou leçons : ceci fut mon travail. Afin que chaque leçon portât tous ses fruits, elle fut exposée sous forme de démonstration. C'est dire que pièces fraîches, pièces sèches, squelette, mannequin, schéma colorié au tableau, planches dessinées par le maître, tout fut largement mis à profit afin de jeter la clarté, la lumière et la vie. Et voilà comment je me trouve possesseur de 95 planches d'anatomie reproduisant en grand les belles figures du traité d'anatomie de M. le professeur Poirier. Il m'a semblé difficile de soutenir pendant toute l'heure du cours, l'attention des jeunes élèves sur un sujet d'anatomie pure. Cette heure, je l'ai donc répartie en trois 1/4 d'heure d'exposition orale par moi sur un sujet nouveau, et 1/4 d'heure de répétition de la leçon précédente par un aide anatomiste.

D). Je termine ces quelques considérations peut-être un peu pédagogiques par la **substance** du cours d'anatomie. Dirigeant et reservant mes aptitudes pour la biologie chirurgicale, je n'ai pas cru pouvoir faire mieux que de reproduire aussi fidèlement que possible le contenu du livre de M. le professeur Poirier et ses collaborateurs, me couvrant ainsi d'une autorité anatomique ; car personnellement je décline toute compétence particulière en la matière, étant exclusivement et systématiquement biochirurgien. De ce fait, il résulta qu'ici l'Ecole alimentée maintenant en professeurs par celle de Paris, fonctionna au point de vue anatomique tout au moins, comme annexe de Paris. A Rouen, je le répète, les élèves, depuis 2 ans, ont intégralement reçu l'enseignement anatomique du professeur Poirier et de ses collaborateurs, à part sans doute les modifications dans la forme et le talent dans l'exposition. Ma seule préoccupation fut de couper toute l'anatomie en 100 leçons à peu près équivalentes ; 50 pour chaque semestre d'hiver. J'ai là le programme concernant le segment sus-diaphragmatique de l'organisme, objet de mon cours en 1903-1904. Je vous le transmets et vous prie de le reproduire, non pas qu'il ait la moindre prétention, mais parce qu'il m'a été demandé par plusieurs de mes élèves, auxquels il pourrait peut-être rendre quelque service (1).

Veuillez agréer, mon cher Directeur, l'expression de ma respectueuse considération.

Pr L. Longuet.

Ecole de Tours.

Directeur : M. Wolff. — Secrétaire : M. Girard.

Semestre d'hiver.

Clinique médicale : M. Bodin, professeur, mercredi et samedi, à 9 h. du matin. — *Clinique chirurgicale* : M. Delagenière, professeur, lundi et jeudi, à 9 heures du matin. — *Clinique obstétricale* : M. Thierry, professeur, mardi et vendredi, à 9 h. du matin. — *Anatomie* : M. Ledouble, professeur, lundi, mercredi, samedi, à midi et demi. — M. Lapeyre, suppléant, mardi, vendredi, à midi et demi. — *Physique* : M. Wolff, professeur, mardi, jeudi, samedi, à une heure. — *Pathologie externe* : M. Thomas, lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures. — *Chimie et toxicologie* : M. Grandin, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures.

Travaux complémentaires et conférences.

Physique biologique : M. Wolff, professeur. Cours et manipulations, samedi à 3 heures. — *Pathologie interne* : M. Mercier, professeur suppléant (cours complémentaires), mardi et jeudi, à 4 heures. — *Sciences naturelles (Zoologie)* : M. Javillier, professeur suppleant, lundi, vendredi, à 3 heures, mardi, à 4 heures. — *Anatomie* : M. André, chef des travaux. Conférences (novembre et décembre) lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures ; (janvier, février et mars), lundi et vendredi 3 heures.

(1) Ce programme sera publié ultérieurement.

Travaux pratiques.

Travaux anatomiques : M. André, chef des travaux. Tous les jours à une heure et demie. — *Micrographie végétale* : M. Javillier, prof. suppl. lundi et vendredi, de 1 heure à 3 heures. — *Chimie* : M. Dorléans, chef des travaux. Mardi, mercredi, de 2 h. à 4 h., et samedi, de 2 h. à 5 h.

Semestre d'été.

Clinique médicale : M. Bodin, professeur, mercredi et samedi, à 9 h. du matin. — *Clinique chirurgicale* : M. Delagenière, professeur, lundi, jeudi, à 8 heures 1/2. — *Clinique obstétricale*, M. Thierry, professeur, mardi et vendredi, à 9 heures du matin. — *Pathologie interne* : M. Meunier, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures. — *Sciences naturelles* : M. Pitard, chargé de cours. Botanique, mardi, mercredi, vendredi, à 3 heures. Herborisations, le dimanche ou le jeudi. — *Pharmacie* : M. Javillier, chargé du cours, mardi, mercredi, vendredi, à 4 heures. — *Physiologie* : M. Guibbaud, professeur, mardi, mercredi, jeudi, à 5 heures. — *Histologie* : M. Parisot, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures.

Cours complémentaires et cours libres.

Physique : M. N....., (cours du suppléant), lundi à 3 heures. — *Pathologie externe* : M. Henry Barnsby, suppléant, (cours complémentaire), mardi et samedi, à 4 heures. — *Chimie biologique* : M. Grandin, lundi, à 4 heures. — *Matière médicale* : Lerat, suppléant, mercredi et vendredi, à 5 heures 1/4. — *Ophtalmologie* : M. J. Thomas (cours libre, conférences pratiques), samedi, à 10 heures. — *Clinique des maladies mentales* : M. Archambault (cours libre), mardi, à 10 heures.

Travaux pratiques obligatoires.

Chimie : M. Dorléans, chef de travaux, mercredi, vendredi, de 1 heure à 3 heures. — *Physique* : M. Dorléans, chef de travaux, lundi, jeudi, de 1 heure à 3 heures, — *Physiologie* : M. Vialle, chef de travaux, lundi, de 1 heure à 3 heures. — *Histologie* : M. André, chef de travaux, jeudi, de 1 heure à 3 heures. — *Médecine opératoire* : M. Barnsby, suppléant, mardi et vendredi, à 2 heures.

Enseignement préparatoire en vue du Certificat d'études des sciences physiques, chimiques et naturelles.

Premier semestre (3 novembre — 15 mars).

Enseignement. — *Physique* : M. Wolff, mardi, jeudi, samedi, à 2 heures. — *Chimie générale* : M. Grandin, lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (novembre et décembre) ; lundi, vendredi, à 5 heures (à partir de janvier). — *Botanique générale* : M. Pitard, samedi, à 4 heures. — *Zoologie* : Javillier, suppléant, mardi et mercredi, à 11 heures. — *Chimie analytique* : Dorléans, chef des travaux, vendredi, à 5 heures (janvier, mars). —

Travaux pratiques obligatoires.

Physique : M. Wolff, samedi, de 8 heures à 11 heures. — *Chimie analytique* : M. Dorléans, chef des travaux, vendredi, de 9 heures à midi. — *Chimie (Manipulations)* : M. Dorléans, chef des travaux, lundi et jeudi, de 9 heures à midi. — *Micrographie végétale* : M. Javillier, suppléant, mardi, de 8 heures à 11 heures. — *Zoologie (dissection)* : M. Javillier, suppléant, mercredi de 8 heures à 11 heures.

Deuxième semestre (15 mars — 31 juillet).

Enseignement. — *Physique* : Professeurs M. Wolff, mardi et mercredi. à 2 heures, samedi à 8 heures. — *Chimie générale* : M. Grandin, lundi et jeudi, à 10 heures. — *Botanique spéciale* : M. Pitard, mardi et mercredi, à 4 heures. — *Herborisation* : M. Pitard, le dimanche ou le jeudi. — *Zoologie* : Javillier, suppléant. — *Chimie analytique* : M. Dorléans, chefs des travaux, vendredi, à 10 heures.

Travaux pratiques obligatoires.

Physique : M. Wolff, Samedi, de 9 heures à midi. — *Chimie analytique* : Dorléans, chef des travaux, mercredi, de 8 à 11 heures. — *Chimie (Manipulations)* : M. Dorléans, chef des travaux, jeudi, vendredi, de 7 heures à 10 heures. — *Micrographie végétale* : Javiller, suppléant, lundi, de 7 heures à 10 heures. — *(Zoologie, Dissection)* : Javillier, suppléant, lundi, de 7 à 10 heures.

Dispositions concernant les Candidats au Certificat d'études des Sciences physiques, chimiques et naturelles.

Tout candidat au certificats d'études des sciences physiques, chimiques et naturelles et tenu de prendre quatre inscriptions trimestrielles. Les droits d'inscriptions sont de 55 francs par trimestre. Les droit d'examen et de certificat d'études à verser en fin d'année scolaire sont de 80 francs.

Il doit produire, au moment où il prend sa première inscription, et déposer au Secrétariat : 1° Une expédition légalisée de son acte

de naissance ; 2° un certificat de bonnes vie et mœurs ; 3° un certificat constatant qu'il a été soumis à une revaccination sous le contrôle de l'école ; 4° le consentement de son père ou tuteur (*Signature légalisée*) l'autorisant à s'inscrire à l'école à suivre les cours ; 5° Un diplôme de bachelier ou le brevet supérieur de l'enseignement primaire ou le certificat d'études primaires supérieures.

Le registre d'inscription sera ouvert à l'école de médecine du 15 au 31 octobre 1904. Les cours commenceront le 3 novembre.

Emplois de l'Ecole accessibles aux Etudiants.

Prosecteur. — Aide d'anatomie et de physiologie. — Préparateur de chimie. — Préparateur d'histoire naturelle. — Préparateur de physique.

Concours annuels.

Internat en médecine (6 titulaires). Externat en médecine (nombre indéterminé). — Internat en pharmacie (5 titulaires et 2 provisoires — Prix pour les différentes années en médecine et en pharmacie (Médailles de bronze, d'argent et de vermeil). — Prix pour les travaux pratiques de chimie, de physique, de botanique, d'anatomie, d'histologie, de physiologie et de médecine opératoire.

Fondation de Mme Vve Riffault. — *Prix L. Tonnellé.* — *Une médaille d'or de 150 francs* sera décernée à la suite d'un concours annuel entre les étudiants en médecine de 3e année, inscrits à l'Ecole et internes à l'Hôpital de Tours.

ECOLES DE MÉDECINE NAVALE.

1° Ecole principale du Service de Santé de la Marine (Bordeaux).

Directeur : M. Bertrand, directeur du service de santé de la marine. — *Sous-direct.* : M. Girard, médecin principal. — *Pathologie externe. Accouchements* : M. Beguin, médecin de 1re cl., professeur. — *Anatomie. Médecine opératoire* : M. Chabannes, médecin de 1re classe, professeur. — *Histologie normale et pathologique, Bactériologie* ; M. Tribondeau, médecin de 1re classe. — *Pathologie interne. Thérapeutique* : M. Aurrégan, médecin de 1re classe, professeur. — *Physiologie. Hygiène et Médecine légale* : M. Béguin, médecin de 1re classe. — *Physique. Chimie. Histoire naturelle* : M. Gautret, pharmacien de 1re classe.

L'école du Service de Santé de la Marine, instituée près la Faculté de Médecine de Bordeaux, a pour objet : 1° d'assurer le recrutement des médecins et pharmaciens de la Marine et des médecins et pharmaciens des troupes coloniales ; 2° de seconder les études universitaires des élèves du service de santé ; et 3° de donner à ces élèves l'éducation maritime jusqu'à leur nomination de médecin ou pharmacien.

Les élèves se recrutent par voie de concours parmi les étudiants en médecine et en pharmacie provenant des Ecoles de Médecine navale de Brest, Rochefort et Toulon. Dans ces Ecoles, les étudiants font la première année des études médicales et à la fin il leur est concédé quatre inscriptions devant la Faculté de Bordeaux.

Le concours a lieu tous les ans dans les ports de Brest, Rochefort et Toulon. Une instruction, publiée chaque année au *Journal Officiel*, règle les conditions d'admission. Les élèves qui n'ont pas été admis au concours peuvent obtenir l'autorisation de redoubler leur première année d'études et de concourir de nouveau.

Au moment de leur admission à l'Ecole principale, les élèves contractent un engagement militaire par lequel ils s'obligent à servir six années dans l'armée active à partir de leur nomination de médecin ou pharmacien. Si, pour une cause quelconque, ils quittent l'Ecole ou le service avant d'avoir achevé ces six années, ils ont à accomplir les obligations de la loi militaire comme les jeunes gens de leur âge.

Le personnel de l'Ecole comprend un directeur du service de Santé, un médecin en chef ou principal, sous-directeur, cinq médecins et un pharmacien de première classe, professeurs ; deux anciens surveillants, des officiers commis d'administration.

L'Ecole est soumise au régime militaire. Les élèves portent l'uniforme de la marine. Ils sont assimilés aux aspirants de 2e classe. Ils sont logés, nourris, habillés et leurs frais universitaires sont à la charge de la marine. Le prix de la pension est de sept cents francs pour les trois années d'études. Des bourses et des trousseaux peuvent être accordés par le Ministre de la Marine.

Les élèves étant entrés à l'Ecole avec quatre inscriptions y demeurent trois ans pendant lesquels ils sont étudiants de la Faculté de Médecine dont ils suivent tous les cours et autres exercices ; puis quand ils ont ainsi acquis seize inscriptions dans cette Faculté, il leur est accordé trois mois pour satisfaire aux dernières épreuves du doctorat. Ils sont obligés d'être reçus docteurs en médecine avant le 1er février de la cinquième année d'études médicales, ou sinon ils sont considérés comme démissionnaires de la marine.

Les élèves en pharmacie doivent accomplir dans une des Ecoles de Brest, Rochefort ou Toulon au moins la deuxième année de leur stage. Leur stage validé, ils concourent pour entrer à l'Ecole de Bordeaux et y accomplissent les trois années de scolarité devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie.

2° École d'application des Médecins stagiaires. (Toulon).

Directeur : M. Fontan, directeur du service de santé. — *Chirurgie militaire et navale* : M. Lassabatie, médecin de 1re classe, professeur. — *Pathologie exotique et hygiène navale* : M. Roby, médecin de 1re classe. — *Législation et administration* : M. Segard, médecin en chef, professeur. — *Clinique médicale* : Planté, médecin en chef, professeur. — *Clinique chirurgicale* : M. Ambiel, médecin en chef, professeur. — *Bactériologie* : M. Planté, médecin principal, professeur. — *Applications de la physique à la médecine* : M. Perrymond, pharmacien principal. — *Essai des denrées alimentaires* : M. Henry, pharmacien de 1re classe.

3° Ecoles annexes de médecine.

(Brest).

Directeur : M. Friocourt, directeur du service de santé. — *Anatomie descriptive* : MM. Condé, médecin de 1re classe. — *Histologie et Physiologie* : M. Porquier, médecin de 1re cl. — *Séméiologie médicale et petite chirurgie* : M. Salaun, médecin de 1re classe. — *Physique biologique* : M. Le Naour, pharmacien de 1re classe. — *Chimie biologique* : M. Lautier, pharmacien de 1re classe. — *Prosecteur d anatomie* : M. Lafolie, médecin de 2e classe.

Rochefort.

Directeur : M. Guès, directeur du service de santé. — *Anatomie descriptive* : M. Etourneau, médecin de 1re classe. — *Physiologie et histologie* : M. Duguet, médecin de 1re classe. — *Séméiologie médicale et chirurgicale* : M. Brochet, médecin de 1re classe. — *Physique biologique* : M. Auché, pharmacien de 1re classe. — *Chimie biologique* : M. Lasalle, pharmacien de 1re classe. — M. Bellet, médecin de 2e classe, prosecteur d'anatomie

(Toulon).

Directeur : M. Fontan, directeur du service de santé. — *Anatomie* : Bouras, médecin de 1re classe. — *Histologie et Physiologie* : Pourtal, médecin de 1re classe. — *Chirurgie élémentaire* : Gastinel, médecin de 1re classe. — *Séméiologie médicale* : Palasme de Champeaux, médecin de 1re classe. *Physique biologique* : M. Perrymond, pharmacien principal. — *Chimie biologique* : M. Henry, pharmacien de 1re classe, professeur.

Conseil supérieur de santé de la Marine

(Ministère de la Marine).

M. Auffret, inspecteur général du service de santé, président du Conseil supérieur de santé ; Duchateau et Hyades, médecins en chef de 1re classe : M. Léonard, pharmacien en chef, M. Barthélemy, médecin principal.

Ecole de médecine indigène de Madagascar à Tananarive.

(Arrêté du 11 décembre 1896.)

Cette Ecole prépare des jeunes gens aux fonctions de médecin de colonisation et des jeunes filles à celles de sages-femmes. Son siège est l'hôpital de Tananarive et la Maternité d'Isoraka. Tous les grands centres de Madagascar sont pourvus d'asiles ou d'hôpitaux où les malades sont traités gratuitement ; il existe en outre des consultations foraines. Les lépreux sont soignés dans des établissements spéciaux. La divulgation de l'hygiène se fait par de nombreuses brochures en langue malgache. Les vaccinations rendues obligatoires se font fréquemment partout.

75 médecins indigènes et 64 sages-femmes ont été diplômés depuis 1897. Ils sont dispersés dans les divers centres de Madagascar où ils exercent. Ces médecins indigènes diplômés sont organisés par un arrêté du 15 octobre 1900 ; ils sont assimilés aux sous-gouverneurs.

Personnel de l'Ecole de Médecine. — M. Levouer, médecin major de 2e classe, *Directeur* ; MM. Jourdran, médecin major de 1re classe, Vilette, médecin major de 1re classe, Maurras, médecin major de 2e classe, Fontoynont, médecin civil, Bouin, pharmacien major, Rasaminana, médecin civil, Razafinipalino, médecin de colonisation de 4e classe, *professeurs*.

Ecole de Médecine indigène de l'Indo-Chine, à Hanoï.

Cette école de médecine indigène a son siège à Hanoï et un hôpital indigène lui est annexé.

PERSONNEL. — Le Dr YERSIN, *Directeur* : M. GALLOIS, chargé de cours, *Secrétaire*. — MM. les Drs DEGORCE et LEROY DES BARRES, *professeurs*. — MM. le Dr CAPUS, médecin major de 1re classe des colonies ; JACQUET, Directeur de l'Agriculture au Tonkin, *chargés de cours*. — M. LÉ VAN CHINH, *interprète répétiteur*. — M. LÉ VAN HUAN, copiste *expéditionnaire*.

UNIVERSITÉS ETRANGÈRES DE LANGUE FRANÇAISE.

A. Belgique.

FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE BRUXELLES.

Président : M. THIRIAR. — Secrétaire : M. J. DEMOOR.

Candidature (Art. 22 de la loi).

Histologie générale et spéciale : MM. G.-A.-V. ROMMELAERE, prof. ord. Mardi, jeudi et vendredi à midi. — *Exercices micrographiques* : MM. G.-A.-V. ROMMELAERE, prof. ord. Mardi, jeudi à 11 heures. *Anatomie humaine systématique. Ostéologie, syndesmologie, névrologie* : M. SACRÉ, professeur ord. Lundi, mardi et mercredi à 1 h. — *Anatomie humaine systématique* (*Myologie, angéiologie et splanchonologie*) : M. Lucien WILMART, suppléant, lundi, mercredi, à midi, mardi à 2 heures, vendredi à 1 h. — *Anatomie humaine topographique* : MM. TH. HAUBEN, prof. ord. — *Démonstrations anatomiqu s* : MM. SACRÉ, prof. ord., assisté du chef des travaux anatomiques. Tous les jours de 8 h. 1/4 à 11 h. 1/4. — *Physiologie spéciale* : M. HÉGER, prof. ord. Lundi, mardi mercredi à 11 h. *Physiologie générale* : M. DEMOOR, prof. extraord. Jeudi à 1 h. vendredi à 11 h. — *Embryologie* : MM. HÉGER prof. ord., jeudi à 2 heures. — *Eléments d'anatomie comparée* : M. YSEUX, prof. ordin. Mardi et mercredi à 9 h. — M. BRUNIN, chef des travaux anatomiques, M. GALLEMAERTS, agrégé, préparateur au cours d'histologie. M. N..., prosecteur au cours d'anatomie humaine topographique. M. WILLEMS, prosecteur au cours d'anatomie humaine systématique, M. KIBALTCHICHE, préparateur du Musée d'anatomie.

Doctorat (Art. 24 de la loi).

Pathologie chirurgicale générale et spéciale : M. THIRIAR, prof. ord. Lundi, vendredi, 12 heures. — *Pathologie générale et propédeutique* : M. SPEHL, prof. ord. Mardi et samedi à 2 h. — *Théorie des accouchements* : M. KUFFERATH, prof. ord. Lundi à 1 heure, mercredi à 12 h. — *Pathologie et thérapeutiques des maladies internes* : M. CARPENTIER, prof. ord. Vendredi à 11 heures samedi à 1 heure. — *Pharmacologie*. M. JACQUES, prof. ord. Mardi à 1 heure. Jeudi à 1 h. 1/2. — *Thérapeutique générale et Pharmacodynamique* : M. JACQUES, prof. ord. Mercredi et vendredi à 1 heure. — *Anatomie pathologique* : M. STIÉNON, prof. ord. Mercredi et vendredi à 2 h. — *Exercices pratiques d'anatomie pathologique* : M. STIENON, vendredi à midi. — *Psychiatrie* : M. de DE BOECK, prof. extraord., vendredi à 12 heures. — *Clinique médicale* (à Saint-Pierre) : M. STIÉNON, prof. ord. Mardi, jeudi, samedi à 8 heures. — *Clinique chirurgicale* (à Saint-Pierre) : M. THIRIAR, prof. ord. Mardi, jeudi et samedi à 9 h. 1/2. — *Clinique médicale* (à Saint-Jean) : M. VANDERVELDE, agrégé. Lundi, mercredi, vendredi à 8 heures. — *Clinique chirurgicale* : à (Saint-Jean) : M. DEPAGE, agrégé. Lundi et mercredi à 9 h. 1/2. — *Clinique obstétricale* (à la Maternité) : M. KUFFERATH, prof. ord. Mardi, jeudi, samedi à 3 h. 1/2. — *Clinique ophtalmologique* (à Saint-Jean) : M. COPPEZ, prof. ord. Vendredi à 9 h. 1/2. — *Théorie et pratique des opérations chirurgicales* : M. LAURENT, prof. ord. Lundi, mercredi et vendredi à 2 heures. — *Exercices pratiques de médecine opératoire* : M. LAURENT, prof. ord. Lundi et mercredi à 3 h. — *Anatomie des régions et démonstrations* : M. HAUBEN, prof. ord. Lundi, mercredi à 12 heures. — *Médecine légale* : M. DALLEMAGNE, prof. extraord. — *Hygiène publique privée et bactériologie* : M. DE SMET, prof. ord. Lundi, mercredi et vendredi à 2 heures. — *Assistants* : M. VANDERVELDE, agrégé, pour l'anatomie pathologique : M. FUNCK, agrégé pour le Cours d'hygiène. M. N..., prosecteur.

Cliniques complémentaires.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées (à Saint-Pierre). — M. BAYET, agrégé. Samedi à 12 heures et dimanche à 10 heures. — *Clinique interne des maladies des enfants* (à Saint-Pierre) ; M. JACQUES, prof. ord. Samedi A 1 h. — *Clinique externe des maladies des enfants* : M. LORTHIOIR, chir. de l'hôpital. — *Clinique psychiatrique* (à Saint-Jean) : M. DE BOECK, agrégé. Mardi et samedi à 2 h. — *Clinique laryngologique et rhinologique* (à Saint-Pierre) : M. CHEVAL, agrégé. Jeudi à 12 heures : *Clinique gynécologique* (à Saint-Jean), M. RAUFFART, agrégé. Lundi et vendredi à 4 heures. — *Clinique obstétricale*, à la Maternité : M. TOURNAY, agrégé. Jeudi à 12 heures. — *Clinique chirurgicale des maladies des vieillards* (hospice de l'infirmerie) ; M. VINE, agrégé. Mardi à 1 heure. Jeudi à 2 h. 1/2. — *Clinique otologique* (à Saint-Jean) : Dr DELSAUX, chef de service de l'hôpital. Mardi à 1 heure.

Cours libres.

Exploration clinique des yeux (à Saint-Jean) : H. COPPEZ. Dimanche à 10 h. 1/2. — *Conférences obstétricales préparatoires au concours de l'Internat. Exercices pratiques sur les manœuvres obstétricales* : M. CROCQ, agrégé. Lundi à 4 h. *Neuropathologie* : M. CROCQ, agrégé. — *Anthropologie* : M. HOUZÉ, agrégé. — *Massage* (à Saint-Jean) M. LE MARINEL, agrégé. Mardi à 5 heures. — *Pathologie de la grossesse* : M. TOURNAY, agrégé. — *Clinique interne des maladies des vieillards* (hôpital Saint-Jean) ; M. René VERHOOGEN, agrégé. Jeudi, 2 h. 1/2. — *Electricité médicale* : M. CHEVAL, agrégé. Lundi, à 3 h. *Pathologie des maladies microbiennes. Infections et immunité* : M. BORDET, agrégé. Mercredi. 4 h. 1/2. — *Cure hydrothérapique et cure d'eau minérale* : M. WAYBAUW, agrégé.

Instituts scientifiques de Bruxelles.

Institut de Physiologie (au parc Léopold, créé avec la participation de la ville de Bruxelles. Fondateur : M. Ernest SOLVAY). Directeur : M. HÉGER. prof. ord. Personnel scientifique : MM. J. DEMOOR : chargé de cours : SLOSSE, chargé de cours. — *Institut d'anatomie* (au parc Léopold), créé avec participation de la ville. Fondateur : M. R. WAROCQUÉ). Directeur : M. SACRÉ, prof. ord. Chef des travaux anatomiques : M. BRUNIN. Préparateur du musée : M. L. KIBALTCHICHE. — *Anatomie humaine systématique*. Professeur M. SACRÉ. Agrégé suppléant : MM. WILMART. Prosecteur : M. WILLEMS. — *Anatomie topographique*. Professeur M. HAUBEN, prof. ord. Prosecteur : M. N...

LABORATOIRE D'HISTOLOGIE NORMALE. — Directeur : M. ROMMELAERE, prof. ord. Agrégé suppléant, préparateur : M. GALLEMAERTS.

LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Directeur : M. STIÉNON, prof. ord. Agrégé, préparateur : M. VANDERVELDE.

INSTITUT DE BACTÉRIOLOGIE ET D'HYGIÈNE (créé avec la participation de la ville de Bruxelles). — Fondateurs : MM. Alfred SOLVAY, Georges BRUGMAN, Fernand JAMAR, Léon LAMBERT. Personnel scientifique : MM. Edouard DE SMET, prof. ord. ; JACQUES, prof. ord., FUNCK préparateur, chef du laboratoire de bactériologie.

INSTITUT BOTANIQUE (rue Botanique, 36). — M. Léon ERRERA, prof. ord. Assistant : M. MASSART, prof. extraord., Le laboratoire est ouvert tous les jours pour les étudiants qui préparent leur dissertation doctorale.

LABORATOIRE DE ZOOLOGIE ET D'ANATOMIE COMPARÉE. — Directeur : M. LAMBERE, professeur ordinaire.

LABORATOIRE D'EMBRYOLOGIE (doctorat en sciences). — Directeur : M. FRANCOTTE, professeur ordinaire.

LABORATOIRES DE CHIMIE. — Laboratoire de chimie générale pour des travaux de la candidature en sciences et de la Faculté des sciences appliquées. — Directeur : M. JOLY, prof. ord. Suppléant M. TOMBEAU. Chef des travaux : M. DAIMERIES, prof. ext. — *Laboratoire de chimie générale pour les travaux du doctorat en sciences*. Directeur : M. DE WILDE, professeur ord. Chef des travaux : M. WUYTS, H. Préparateur : M. HECQ. — *Laboratoire de chimie analytique* (Faculté des sciences et Faculté des sciences appliquées). Directeur : M. JOLY, prof. ord. Suppléant : M. TOMBEAU. Chef des travaux : M. DAIMERIES, prof. extr. Préparateur : M. HECQ. — *Laboratoire de chimie industrielle* (Faculté des sciences appliquées). — Directeur : M. H. BERGÉ, prof. ord. Chef des travaux : M. A. BERGÉ, agréé. — *Laboratoire de chimie pharmaceutique et toxicologie*, Directeur : M. DEPAIRE, prof. ord. Chef des travaux : M. VAN ENGELEN, prof. ord. — *Laboratoire d'analyse des denrées alimentaires et de micropsie*. Directeur : M. HERLANT, professeur ordinaire.

ECOLE SPÉCIALE DE PHARMACIE DE BRUXELLES.

Examen de pharmacien (Art. 25 de la loi).

Eléments de chimie toxicologique. Chimie pharmaceutique. Pharmacie pratique : M. Van Engelen, prof. ord. Lundi, mardi et mercredi, de 8 h. 1/2 à 9 1/2. — *Pharmacognosie, altérations et falsifications des drogues simples et des substances alimentaires. Recherches microscopiques. Recherches des falsifications et des altérations des substances alimentaires*. M. A. Herlant, prof. ord. Jeudi et vendredi, de 8 heures et demie à 9 heures et demie, et de 9 heures et demie à 11 heures. Mardi et mercredi de 1 heures à 5 heures. — *Eléments de chimie analytique, qualitative et quantitative. Opérations chimiques. Opérations analytiques* : M. E. Van Engelen, prof. Jeudi et vendredi, de 11 h. à midi. Lundi, mardi, mercredi, de 9 heures et demie à midi et demi.

POLYCLINIQUE LIBRE DE BRUXELLES

24-26, *rue des Eperonniers*

Les cliniques spéciales, inaugurées dans le courant de l'été 1891, reprises depuis novembre 1898, sont continuées trois fois chaque semaine. Ces cours, essentiellement pratiques, permettent aux praticiens l'étude ou la révision rapide des différentes branches de la médecine. Ils auront une durée de deux mois et demi, et seront repris trois fois par an ; en novembre, en janvier et en avril. On est prié de se faire inscrire à la Polyclinique, tous les jours de 9 à 10 heures, ou par correspondance.

Tous les jours à 8 h. 1/2. *Chirurgie infantile. Orthopédie*, M. le Dr Hendrix. — Tous les jours à 8 h. *Maladies de l'oreille, du nez et de la gorge*. M. le Dr Higguet. — Lundi, mercredi et vendredi, de 2 h. à 4 h. *Maladies des femmes*, M. le Dr Jos. Godart.

De 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2. *Maladies nerveuses. Electrothérapie* : M. le Dr Glorieux. — Mardi, jeudi, samedi, de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2. *Maladies de la peau*, M. le Dr Dubois-Havenith, agrégé à l'Université. — Tous les jours, de 8 h. à 9 h. *Maladies des voies urinaires, Cystoscopie*. M. le Dr Bastin-Williams.

Tous les jours, de 11 h. à 12 h. : *Ophtalmologie*, Dr Gallemaerts, agrégé à l'Université. — Tous les jours, de 10 h. à 11 h. *Maladies des voies digestives*, Dr Godart-Danhieux. — Mardi, jeudi et samedi, de 8 h. à 9 h. *Maladies des dents et de la bouche*, M. Rosenthal.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE GAND

Doyen : M. Van Duyse — Secrétaire : M. Van Imschoot.

Candidature en médecine, chirurgie et accouchement.

Première année. — *Eléments de zoologie*, M. F. Plateau, professeur. — *Anatomie humaine systématique*, M. H. Leboucq, professeur. — *Physiologie générale*, M. E. Lahousse, prof. — *Histologie générale*, M. Vanderstricht, prof. extr. — *Embryologie*, M. Vanderstricht, prof. extr. — *Démonstrations anatomiques macroscopiques*. M. H. Leboucq, prof. — *Démonstrations anatomiques microscopiques*, M. Vanderstricht, prof. — *Exercices pratiques de zoologie*, M. F. Plateau, professeur.

Seconde année. — *Anatomie humaine systématique*, M. H. Leboucq, prof. — *Histologie spéciale*, M. Vanderstricht, prof. extr. — *Anatomie topographique*, M. H. Leboucq, prof. — *Physiologie spéciale*, M. E. Lahousse, prof. — *Eléments d'anatomie comparée*, M. F. Plateau, prof. — *Démonstrations anatomiques macroscopiques*, M. H. Leboucq, prof. — *Démonstrations anatomiques microscopiques*, M. Vanderstricht, prof. extr. — *Psychologie*, M. J. Van Biervliet, prof. — *Exercices pratiques d'anatomie comparée*, M. F. Plateau, professeur.

Doctorat en médecine, chirurgie et accouchements.

Première épreuve. — *Pathologie générale*, M. C. Verstraeten, prof. — *Anatomie pathologique*, M. le Dr Van Duyse, prof. — *Pathologie chirurgicale générale*, M. F. Van Imschoot, prof. — *Thérapeutique générale*, M. J. Heymans, prof. — *Démonstrations microscopiques d'anatomie pathologique*, M. Van Duyse, prof.

Deuxième épreuve. — *Pathologie médicale et thérapeutique spéciale des maladies internes, y compris les maladies mentales*, M. E. Eeman, prof. — *Pathologie chirurgicale spéciale*, M. A. de Cock, prof. — *Pharmacodynamique*, J.-F. Heymans, prof. ordinaire. — *Eléments de pharmacologie*, M. J.-F. Heymans, prof. ord.

Troisième épreuve. — *Théorie des accouchements*, M. C. Van Cauwenberghe, prof. — *Médecine légale*, M. E. van Ermengem, prof. — *Clinique obstétricale*. M. C. Van Cauwenberghe, prof. — *Théorie et pratique des opérations chirurgicales*, M. V. De Neffe, prof. — *Ophtalmologie et clinique ophtalmologique*, M. V. De Neffe, prof., suppléé par M. D. Van Duyse, prof. ord. — *Clinique des maladies syphilitiques et cutanées*, M. C. Verstraeten, prof. — *Policlinique chirurgicale, bandages, etc.*, M. A. de Cock, prof. et M. Van Imschoot, prof. — *Policlinique médicale*, M. C. Verstraeten, prof. — *Clinique gynécologique*, M. C. Van Cauwenberghe, prof. — *Clinique médicale*, M. R. Boddaert, prof. — *Clinique chirurgicale*, M. A. de Cock, prof. et M. F. Van Imschoot, prof. — *Hygiène publique et privée*, M. E. Van Ermengem, prof. — *Démonstrations d'anatomie des régions*, M. H. Leboucq, prof. — *Démonstrations macroscopiques d'anatomie pathologique*, M. D. Van Duyse, prof.

Cours facultatifs. — *Bactériologie*, M. E. van Ermengem, prof. — *Otologie, laryngologie, et rhinologie*, M. E. E. Eeman, prof. Les élèves des trois doctorats en médecine pourront, de plus, s'exercer tous les jours, de 8 à 10 heures, au maniement du laryngoscope, etc.

Maladies des pays chauds : M. P. Van Durme.

ENSEIGNEMENT DE LA PHARMACIE A GAND.

Examens de Pharmacien.

Première épreuve. — *Eléments de chimie analytique qualitative et quantitative. Eléments de chimie, toxicologie*, M. Gilson, prof. — *Chimie pharmaceutique*, M. Delacre, prof., E. Gilson, prof. — *Pharmacognosie, altérations et falsifications des substances médicamenteuses*, M. E. Gilson, prof. — *Falsifications des denrées alimentaires*, M. E. Gilson, prof.

Seconde épreuve. — *Opérations chimiques. Recherches microscopiques. Falsifications des médicaments*, MM. Delacre, prof. et Gilson, prof. — *Analyses, opérations toxicologiques, falsifications des denrées alimentaires*, M. Gilson.

Le laboratoire d'analyses chimiques est ouvert aux élèves tous les jours de l'année, depuis 8 h. du matin.

Troisième épreuve. — *Pharmacie pratique. Préparations pharmaceutiques*, M. Gilson, prof.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LIÈGE

Doyen : M. Snyers.

Secrétaire : M. P. Fraipont, prof. ordin.

Candidature en médecine, chirurgie et accouchements

Anatomie humaine systématique (ostéologie, myologie, syndesmologie, angéiologie et névrologie) : M. F. Putzes, prof. ord. — *Anatomie humaine systématique* (splanchnologie, organes des sens) : M. A. Swaen, prof. ordin. — *Anatomie topographique* : M. Ch. Julin, prof. ordin. — *Anatomie comparée* : M. Ch. Julin prof. ordin. — *Embryologie* : M. Ed. Van Beneden, prof. ord. — *Histologie spéciale* : M. A. Swaen prof. ordin. — *Histologie générale* : M. Ch. Julin prof. ordin. *Physiologie*: M. L. Fredericq prof. ordin. — *Physiologie des organes des sens* : M. A. Nuel, prof. ordin. *Psychologie* : M. A. Grafé, prof. ordin. — *Démonstrations anatomiques* : MM. A. Swaen et F. Puzteys, prof. ordin. — *Exercices d'anatomie comparée* : M. Ed. Van Beneden, prof. ordin. et M. Ch. Julin, prof. ordin. — *Exercices microscopiques d'histologie* : M. A. Swaen, prof. ordin. — *Exercices pratiques de physiologie* : M. L. Fredericq, prof. ordin.

Doctorat en médecine, chirurgie et accouchements.

Pathologie et thérapeutique générales, M. X. Francotte, prof. ordinaire. — *Pathologie et thérapeutique générales des maladies infectieuses*. — *Pharmaco-dynamique. pharmacologie et éléments de pharmacie* : M F. Henrijean, prof. ordin. — *Anatomie pathologique, y compris les éléments de parasitologie. Démonstrations d'anatomie pathologique. Exercices pratiques d'autopsie. Exercices pratiques microscopiques d'anatomie pathologique. Travaux d'anatomie pathologique et de microbiologie. Maladies des pays chauds* : M. Ch. Firket, prof. ordin. — *Pathologie et thérapeutique spéciales des maladies internes* : M. Paul Snyers, prof. extraord. — *Pathologie chirurgicale générale*. — *Théorie et pratique des opérations chirurgicale générale*. — *Exercices pratiques de médecine opératoire*. — *Clinique chirurgicale. Policlinique chirurgicale* : M. A. Von Winiwarter, prof. ordin. *Hygiène publique et privée*. — *Démonstrations d'hygiène et excursions* : M F. Putzeys, prof. ordin. — *Pathologie chirurgicale spéciale*. — *Clinique des maladies syphilitiques et cutanées*. — *Policlinique* : M. Troisfontaines, prof. ordin. — *Ophtalmologie* — *Clinique ophtalmologique*. — *Policlinique* : M. P. Nuel, prof. ordin. — *Bactériologie*. — *Travaux pratiques de bactériologie* : M. E. Malvoz, chargé de cours. — *Médecine légale* : M. Gabriel Corin, chargé de cours. — *Psychiatrie envisagée au point de vue médico-légal*. — *Clinique des maladies mentales* ; M. X. Francotte, prof. ordin. — *Clinique médicale* : *Exercice de clini-*

que propédeutique ; M. L. Béco, charge de cours.— *Clinique des maladies des enfants et Policlinique médicale* : M. P. Nolf, charge de cours. — *Démonstrations d'anatomie des régions* : M. Ch. Julin, prof. ordin. — *Obstétrique -- Clinique obstétricale. Policlinique obstétricale. Opérations obstétricales. Clinique gynécologique* : M. F. Fraipont, prof. ordin. — *Clinique des maladies des vieillards* : M. F. Henrijean prof. extraord. — *Clinique des maladies du pharynx du nez et des oreilles.* — *Policlinique* : M. F. Schiffers, prof. ord..

Pharmacie

Pharmacognosie, chimie pharmaceutique, altérations et falsifications des médicaments. Exercices pratiques de pharmacie : M. A. Gilkinet, professeur ord. — *Chimie analytique quantitative et quantitative. Exercices pratiques de chimie analytique* : M. L. De Koninck, prof. ordin. — *Altérations et falsifications des substances alimentaires. Pharmacie pratique y compris la préparation des médicaments inscrits dans la pharmacopée. Exercices pratiques de pharmacie* : M. Arm. Jorissen, prof. extraord. — *Eléments de chimie toxicologique, exercices pratique de chimie toxicologique* : M. Th. Chandelon, chargé de cours.

Relevons dans ce programme : 1° l'enseignement des *maladies des yeux* ; — 2° l'enseignement de la *psychiatrie* ; — 3° l'enseignement de la pratique des *autopsies* ; — 4° celui de l'otologie et de la laryngologie ; — 5° celui de la gynécologie ; — 6 celui de la dermatologie.

B. — Suisse.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE GENÈVE.

M. le Professeur A. Mayor, doyen.

ANNÉE 1904-1905.

Anatomie humaine : M. Laskowski, prof. ord. Tous les jours à 3 heures. — *Conférences d'anatomie humaine et exercices pratiques de dissection* : Le même professeur. Tous les jours (Ecole de médecine). — *Histologie normale* : M. A. Eternod, prof. ord. Lundi mardi et samedi à 9 h. — *Embryologie* : Le même professeur. Mercredi, jeudi et vendredi à 9 h. —*Stomatologie* : Le même professeur, jeudi de 10 à 12 h. — *Laboratoire d'embryologie et d'histologie normale. Conférence d'embryologie et d'histologie* : Le même professeur. Tous les jours, sauf le jeudi à 2 h. — *Laboratoire pour recherches spéciales* : Le même professeur. Tous les jours, sauf le jeudi (Ecole de médecine). — *Physiologie (fonctions de nutrition)*, M. J.-L. Prévost, prof. ord. Tous les jours, à 4 h. — *Démonstrations et exercices pratiques dans le laboratoire* : Le même professeur. — *Laboratoire pour recherches spéciales* : Le même professeur. Tous les jours (Ecole de médecine). — *Anatomie et physiologie pathologiques générales* : F.-G. Zahn, prof. ord. Tous les jours, sauf jeudi, à 8 h. — *Cours d'autopsie et de démonstrations pathologiques* : Le même professeur, mardi, jeudi, samedi de 4 à 6 h. — *Laboratoire pour recherches spéciales* : Le même professeur. Tous les jours (Institut pathologique). — *Pathologie interne* : M. A. d'Espine prof. ord., mardi, jeudi, samedi à 5 h. — *Pathologie générale chirurgicale* : J. Reverdin, prof. ord., lundi, mercredi, vendredi à 6 h. — *Pathologie spéciale chirurgicale* : Le même professeur, mardi, samedi à 6 h. — *Clinique chirurgicale* : Girard, prof. ord., de 9 à 10 h. 1/2 — *Clinique médicale* M. L. Bard, prof. ord. Tous les jours, de 10 h. 1/2 à 12 h. — *Stage clinique* : Le même professeur. (Pour médecins et élèves, dont la scolarité est terminée.) Tous les jours. — *Exercices pratiques d'auscultation et d'examen des malades* : Le même professeur. (Avec le concours des médecins-adjoints), mercredi de 4 h. tous les jours à 8 h. *Examens de laboratoire appliqués à la Clinique*, vendredi à 4 heures. (Hôpital cantonal.) — *Clinique obstétricale et gynécologique* : M. A. Jentzer, prof. tous les jours à 8 heures. — *Cours d'opérations obstétricales* : Le même professeur, à 3 h. — *Cours théorique d'accouchement* : Le même professeur, à 2 heures. *Policlinique* : Le même professeur, lundi et mardi de 6 à 7 h. — *Policlinique médicale* : M. A. Mayor, prof. ord. à 5 h. — *Matière médicale et thérapeutique* : Le même professeur, lundi, mardi, samedi à 4 heures. — *Laboratoire pour recherches spéciales*. Le même professeur. Tous les jours. (Ecole de médecine). — *Hygiène* : H. Cristiani, prof. ord. Lundi et vendredi à 5 h. — *Démonstrations d'hygiène* : Le même professeur jeudi de 8 à 10 h. — *Recherches spéciales d'hygiène* : Le même professeur. Tous les jours. (Ecole de médecine).— *Médecine légale*. L. Mégevand, prof. ord. 2 h. p. semaine. — Travaux pratiques jeudi de 10 h. à 12 h. — *Psychiatrie* : R. Weber, prof. ord. 2 h. p. sem. — *Policlinique chirurgicale* : Aug. Reverdin, prof. ord. 2 h. p. sem. — *Clinique ophtalmologique* : N. G. Haltenoff prof. ord. 3 h. p. sem. — *Ophtalmologie* : Le même professeur, Mardi, à 1 h. — *Clinique de syphiligraphie et de dermatologie* : Oltramare, prof. ord. mardi, mercredi et vendredi de 9 à 10 h.

Cours de Privat-Docents.

L'hygiène et l'alimentation de l'enfance : M. le Dr Audeoud, 1 h. 1/2 p. sem. — *Physiologie de la nutrition intime* : M. le Dr Batelli, 1 h. p. sem. — *Répétitoire de gynécologie* : MM. les Drs Bétrix et Beutner, 1 h p. sem. — *La cavité abdominale et massage* ; M. le Dr Bourcart. — *Policlinique infantile* : Dr Bourdillon. — *Cours de chirurgie d'urgence* : M. le Dr Buscarlet. — *Répétitoire d'ophtalmologie* : M. le Dr Collomb. — *Introduction à l'étude des maladies cutanées* : M. le Du Bois à 1 h. — *Cours pratique de laryngologie* : M. le Dr Guder, 2 h. — *Cours cliniques d'ophtalmologie et bactériologie oculaire* : M. le Dr Gourfein, 2 h. — *Leçons de chirurgie orthopédique* : M. le Dr Grouauer, 1 h. — *Laryngologie et otologie pratiques* M. le Dr Jaunin, 2 h. — *Cours pratique de diagnostic des maladies chirurgicales* : M. le Dr Kummer 2 h. — *Bandages et appareils* : Dr Ch. Julliard, 1 h. — *Répétitoire de gynécologie et accouchement* : Dr H. Koenig, 2 h. — *Maladies des enfants* : M. le Dr Martin, 1 h. 1/2. — *Psychiatrie* : M. le Dr Papadaki, 1 h. — *Cours pratique de laryngo-oto-rhinologie* : M. le Dr A. Pasmanik : 1 h. — Exercices de thérapeutique : Dr Roch. 1 h. — Répétition de médecine interne. Dr Ruel, 2 h. — *Répétitoire de gynécologie* : M. le Dr de Seigneux, 1 h. — *Les empoisonnements* (méd. lég) : Dr Tissot, 1 h. — *Cours de policlinique oto-rhino-laryngologique* : M. le Dr Wyss. 5 h.

Concours d'admission. — Sont admis à l'immatriculation comme *étudiants* dans la Faculté de Médecine : 1° les personnes qui ont obtenu le certificat de maturité de l'une des sections du Gymnase de Genève ; 2° les bacheliers ès lettres et les bacheliers ès sciences de l'université de Genève ; 3° les personnes qui par des diplômes justifient d'études équivalentes. Le Bureau, sur le préavis de la Faculté, statue sur l'équivalence. — N. B. Pour subir les examens fédéraux de médecine et de pharmacie, les candidats doivent produire un certificat de maturité conforme au Règlement fédéral. Peuvent suivre les cours comme *auditeurs* sans qu'aucun titre soit réclamé pour leur inscription, les personnes âgées de 18 ans accomplis. Les auditeurs ne peuvent pas postuler de grade. Sauf autorisation spéciale du professeur, les cliniques et cours pratiques ne sont accessibles qu'aux personnes qui justifient d'études médicales régulières.

ECOLE DENTAIRE DE GENÈVE.

I. — Cours.

Première année.

Premier semestre (Hiver).

Physique expérimentale M. le Pr C. E. Guye (Faculté des sciences.) Quatre heures par semaine. — *Chimie inorganique*, M. le Pr C. Græbe (Faculté des sciences.) Cinq heures par semaine. — *Botanique médicale et pharmaceutique*. M. le Pr R. Chodat (Faculté des sciences). Cinq heures par semaine. — *Zoologie et anatomie comparée des animaux vertébrés*. M. le Dr Yung (Faculté des sciences). Cinq heures par semaine.

Deuxième semestre (Eté).

Physique expérimentale. M. le Pr C. E. Guye (Faculté des sciences.) Quatre heures par semaine. — *Chimie organique*. M. le Pr Græbe. (Faculté des sciences) : Cinq heures par semaine. *Botanique médicale et pharmaceutique*. M. le Pr R. Chodat (Faculte des sciences). Cinq heures par semaine. — *Anatomie comparée et zoologie des animaux vertébrés* : M. le Pr E Yung (Faculté des sciences). Cinq heures par semaines. — *Laboratoire de chimie analytique*. M. le Pr Duparc (Faculté des sciences). Tous les jours.

A la fin du deuxième semestre, examen propédeutique de sciences naturelles (cantonal ou fédéral).

Deuxième année.

Troisième semestre (Hiver).

Histologie normale. M. le professeur A. Eternod (Faculté de médecine). — Deux heures par semaine. — *Anatomie normale et pathologique de la cavité buccale et de l'appareil dentaire. Partie normale*. Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Embryologie*. Le même professeur. Trois heures par semaine. — *Anatomie normale*. — M. le Pr Laskowski (Faculté de médecine) Six heures par semaine. — *Physiologie*, M. le Pr Prévost (Faculté de médecine). Six heures par semaine. — *Laboratoire d'anatomie*. M. le Pr Laskowski. Tous les jours. — *Laboratoire d'Embryologie*. M. le Pr Eternod. Tous les jours, sauf le jeudi.

Quatrième semestre (Eté).

Histologie normale. M. le Pr Eternod (Faculté de médecine).

Quatre heures par semaine. — *Anatomie normale et pathologie de la cavite buccale et de l'appareil dentaire. Partie pathologique.* Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Embryologie.* Le même professeur, trois heures par semaine. —*Anatomie normale.* M. le Pr Laskowski (Faculté de Médecine). Six heures par semaine. — *Physiologie.* M. le Pr Prévost (Faculté de médecine). Six heures par semaine. — *Clinique et policlinique chirurgicales.* M. le Pr G. Julliard (Faculté de Médecine). Sept heures et demie par semaine. — *Laboratoire d'embryologie et d'histologie normale.* M. le Pr Eternod. Tous les jours, sauf le jeudi.

A la fin du quatrième semestre, examen propédeutique d'anatomie et de physiologie (cantonal ou fédéral).

Troisième année.

Cinquième semestre (Hiver).

Anatomie et physiologie pathologiques générales. M. le Pr Zahn (Faculté de médecine). Six heures par semaine. — *Pathologie chirurgicale générale.* M. le Pr J. Reverdin (Faculté de Médecine). Trois heures par semaine. — *Pathologie et thérapeutique de l'appareil dentaire. Hygiène de la bouche et des dents. Anesthésie* : M. le Pr Renard, trois heures par semaine. — *Clinique dentaire et stomatologique* : Le même professeur, douze heures par semaine. — *Conférenees et répétitions :* Le même professeur, trois heures par semaine. — *Prothèse.* M. E. Métrale (Ecole dentaire). Travaux pratiques dans les ateliers, tous les jours après-midi. *Physique, chimie mécanique et métallurgie appliquées à l'art dentaire.* M. le Pr Dussaud. Cours théorique, deux heures ; travaux publiques ; trois heures par semaine.

Sixième semestre (Été) et **Septième semestre** (Hiver).

Clinique dentaire. M. le Pr C. Redard (Ecole dentaire). Douze heures par semaine. — *Pathologie et thérapeutique des maladies de la bouche.* Le même professeur. Deux heures par semaine. — *Hygiène et matière médicale en rapport avec l'art dentaire.* Le même professeur. Une heure par semaine. — *Conférences et répétitions.* Le même professeur. Trois fois par semaine.— *Prothèse* : M. E. Métral (Ecole dentaire). Travaux pratiques dans nos ateliers, tous les jours. — *Prothèse dentaire (celluloïde, vulcanite métallurgie, procédés divers). Prothèse buccale, restauration faciale et palatine).* Le même professeur Une fois par semaine. — *Obturation et aurification.* M. E. Métral. Travaux pratiques tous les jours aprés-midi. *Matières plastiques et amalgames. Différents procédés d'aurification.* Le même professeur. Une heure par semaine.

A la fin du septème semestre, examen professionnel (cantonal ou fédéral).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LAUSANNE.

Doyen : M. le Pr Bugnon.

Semestre d'hiver.

M. Brunner, professeur ordinaire. *Chimie inorganique*, 5 heures : *Toxicologie*, 1 heure ; *Travaux au laboratoire de chimie*, 3 après midi. — M. Henri Dufour, professeur ordinaire. *Physique expérimentale* : Physique générale, thermique, acoustique, optique et géométrique, 5 heures. — *Travaux pratiques au laboratoire*, 4 heures. — M. Wilczek, professeur ordinaire. *Botanique générale*, 5 heures. — M. Blanc, prof. ord. *Zoologie* : Invertébrés, 5 heures, *Anatomie et physiologie générales*, 3 heures ; *Laboratoire de zoologie et d'anatomie comparée*, 4 heures. — M. Chuard, prof. extr. *Chimie analytique* (volumétrie). 1 h. — M. Bugnion, prof. ord. *Embryologie* (organogénie), 3 h. — M. Aug. Roud , prof. extr. *Anatomie descriptive* (Ostéol. arthrol. myologie) 5 h. ; *Anatomie topographique*, 2 h. ; confér. anatomique, 4 h. ; *Travaux de dissection* : tous les jours. — M. Herzen, prof. ord. (M. Jean Larguier, privat-docent) ; *Physiologie* : Les fonctions de nutrition, 6 heures. — M. Lœwenthal, prof. extr. *Histologie* : Partie générale, 2 heures., *Technique histologique*, 1 heure 1/2. — M. Stillinc, prof. ord. *Pathologie générale*, 4 heures. *Cours pratique d'anatomie pathologique* (démonstrations et autopsies), 4 h. ; *Travaux de laboratoire*, tous les jours. — M. Bourget, prof. ord. *Clinique médicale*, 7 heures 1/2. *Examen du malade, auscultation et percussion*, 1 h. *Laborat. de chimie physiologique* (M. le prof. Dr Stryzowski), 1 après-midi. — M. Roux, prof. ord. *Clinique chirurgicale*, 1 heure 1/2 chaque jour. — *Pathologie ext.* (Inflammations chroniques), 1 h. — *Pansements et diagnostic*, 2 heures. — M. Rossier, prof. extr. *Obstétrique* (2e p.), 2 heures. — *Clinique obstétricale*, 4 heures 1/2. *Policlinique obstétricale, toucher*, 6 heures. — *Opérations obstétricales*, 2 heures — M. Muret, prof. ext. *Gynécologie*, 2 heures ; *Policlinique gynécologique*, 4 heures. — M. Dufour, prof. ord. *Clinique ophtalmologique*, 4 heures. *Ophtalmologie* : 1 h. — Demiéville, prof. extr. *Pol clinique*, 3 fois par sem. (4 h. 1/2). — M. Spengler, prof. extr. *Médecine légale.* — M. Dind, prof. extr. *Dermatologie ; démonstrations cliniques*, 2 h. ; *Laboratoire dermatologique*, 1 h. M. Mermod, prof. extr. *Laryngologie* : Cours pratique, 2 heures. — M. Combe, prof. extr. *Clinique infantile*, 2 h. — M. Galli-Valerio, prof. extr. *Hygiène*, 3 heures. *Cours pratique de parasitologie*, 2 heures. *Hygiène industrielle* 1 h. — M. Mahaim, prof. extr. *Psychiatrie*, 1 h. 1/2. *Psychiatrie en général*, 1 heure. — *Psychiatrie médico-légale.* — M. Eperon, privat docent. *Policlinique ophtalmologique*, 3 heures. — M. Berdez, prof. extr., *Thérapeutique et matière médicale*, 3 h. *Electrotérapie et électrécité médicale*, 1 heure. — M. Aug. Dufour, privat-docent. *Ophtalmoscopie*, 2 heures. — M. de la Harpe : privat-docent. *Balnéothérapie*, 1 heure. — M. Vulliet, privat-docent. *Chirurgie spéciale* : 2 heures. — M. Treyer, privat-docent. *Pathologie interne.* Les maladies du poumon, 1 heure. — M. Schenk, privat-docent. *Anthropologie générale* (Faculté des Sciences), 1 heure. *Laboratoire d'anthropologie*, 1 h. — M. Strzysowsky, prof. extr. *Chimie médicale* et préparation des médicaments. — M. Gouin, privat-docent. *Exercices pratiques d'ophtalmologie*, 1 heure. *Maladies profondes de l'œil*, 1 heure. — M. Taillens, privat-docent; *Les maladies du cœur et des vaisseaux*, 2 heures. M. J. Larguier, privat-docent. *Energétique alimentaire, innervation sensorielle*, 2 heures.

École de Pharmacie.

M. Brunner, prof. ord., *Chimie inorganique*, 5 heures ; Chimie, pharmaceutique, 2 heures ; Toxicologie, 1 heure ; Série aromatique (suite), 1 heure ; Travaux au laboratoire de chimie tous les jours sauf le samedi. — M. Brélaz, prof. extr., *Chimie industrielle*, 2 heures ; Analyses techniques, 2 heures. — M. Chuard, prof. extr., *Chimie analytique* : Volumétrie, 1 heure ; Chimie agricole. Chapitres choisis, 2 heures. — M. Bourget, prof. ord., *Chimie physiologique et pathologique*, 1 après-midi. — M. Henri Dufour, prof. ord., *Physique expérimentale*, 5 heures ; Travaux pratiques au laboratoire, une après-midi. — M. Wilczek, prof. extr., *Botanique générale* 5 heures ; Laboratoire de botanique, 2 heures ; Travaux pour étudiants avancés tous les jours midi; Botanique pharmaceutique, 2 heures; Pharmacognosie, 2 heures; Laboratoire de pharmacognosie, une après-midi. — M. Lugeon, prof. extraord., *Géologie générale et appliquée*, 2 heures. — M. Golliez, prof. extr., *Minéralogie théorique*, 4 heures. — M. Blanc, prof. ord., *Zoologie* : Invertébrés, 5 heures ; Anatomie et physiologie générales, 3 heures ; Laboratoire de zoologie et d'anatomie comparée, 4 heures. — M. Galli-Vallerio, prof. extr., *Hygiène*, 3 h.; *Hygiène industrielle.* Parasitologie, 2 heures. — M. Strzysowky, prof, extr. *Chimie médicale et préparation des médicaments*, 2 h. — M. Seiler, prof. extr. *Analyse chimique des denrées alimentaires et des boissons*, 3 heures; Analyse bactériologique 2 heures. *Pharmacie*, 2 heures. *Nouveaux médicaments*, 1 heure. *Laboratoire d'analyses*, 2 h. après-midi. Travaux pour étudiants avancés tous les jours.

Lausanne, 25 octobre 1904.

Très honoré et cher Confrère.

L'année qui vient de s'écouler a été marquée, pour notre Faculté, par quelques événements, comme toujours les uns tristes, les autres heureux. Au nombre des premiers, j'ai le regret de devoir enregistrer le décès du professeur de médecine légale, le Dr J. Largnier des Bancels. Issu d'une vieille famille originaire de votre pays, mais fixée dans le canton de Vaud depuis plus de deux siècles, le Dr Largnier, qui avait d'ailleurs fait ses études à Paris, était chez nous un des représentants de la Culture médicale française. Il avait aussi les qualités distinctives de votre race, l'urbanité, le commerce agréable ; ce qui fait doublement regretter le départ prématuré de cet aimable confrère. Il a été remplacé, dans sa chaire à la Faculté, par le Dr Spengler, un confrère encore jeune ; mais il est de ceux chez lesquels la valeur n'attend pas le nombre des années.

Parmi les événements heureux, je signalerai surtout l'inauguration récente du nouveau bâtiment de la Policlinique universitaire. C'est une vaste et belle construction, élevée à grands frais communs, par l'Etat de Vaud et la ville de Lausanne, au pied du rocher sur lequel se trouve construit l'hôpital cantonal, ce qui permet une communication facile entre ces deux établissements. Le dit bâtiment est affecté à différents buts : il contient, entre autres, le laboratoire du chimiste cantonal, celui de chimie industrielle, celui du professeur d'hygiène et de bactériologie, M. Galli-Valerio etc., mais le premier étage entier est aménagé, selon toutes les



GUÉRISON RAPIDE
ASTHMES
Toux, Rhumes
OXALOL
GRIPPES
BRONCHITES
BLANQUIER
Pharmacien
6, rue Crozatier, 6, PARIS



LE PLUS ASSIMILABLE
de tous les ferrugineux
Vins Titrés d'Ossian Henry
Professeur à l'Ecole de Pharmacie
BAIN et FOURNIER
56, rue d'Anjou, Paris.



SANTAL
SALOLÉ
LACROIX
Une Capsule contient
SANTALOL : C15H26O.
28 ctgr.
SALOL : C12H4(C14H6O6)
15 ctgr.
Dose : 6 à 10 par jour.
Paris, 31, Rue Philippe-de-Girard.

règles de l'art le plus moderne, exclusivement pour la Policlinique universitaire, c'est-à-dire les consultations gratuites aux malades indigents de la ville et du canton. Outre une spacieuse salle d'attente, plusieurs locaux sont affectés à l'examen des malades, aux opérations courantes de petite chirurgie, aux bains, même électriques, aux douches, aux massages, etc.

Le professeur Demiéville, au zèle infatigable duquel nous devons, en grande partie, cette heureuse transformation de la Policlinique (logée, pendant de longues années, dans une bicoque exiguë et incommode) est le directeur de cet important service, qui est, en outre, assuré par deux médecins-assistants et quatre diaconesses. Une salle spéciale est réservée à des consultations gynécologiques, faites par les professeurs Muret et Ressier, ainsi qu'à des consultations sur les maladies des yeux, données par votre serviteur. Un grand nombre d'étudiants peuvent maintenant profiter du riche matériel fourni par ces diverses consultations.

J'espère, cher et très honoré confrère, avoir à vous signaler encore quelques nouveaux progrès de détail dans ma prochaine correspondance, et, en attendant, je vous prie d'agréer l'assurance de mes sentiments les plus cordiaux,

Votre dévoué,
Dr E.

C. Canada.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ LAVAL DE QUÉBEC.

Doyen : M. Alfr. SIMARD. — *Secrétaire* : M. A. DUSSAULT

Anatomie : M. Arth. SIMARD et AHERN. — *Physiologie* : M. E. MATHIEU. — *Pathologie générale* : M. A. ROUSSEAU. — *Pathologie interne* : M. VERGE. — *Pathologie externe* : M. CATELIER. — *Toxicologie* : M. VALLÉE. — *Médecine opératoire* : M. CATHELIER et Arthur SIMARD. — *Matière Médicale* : M. WELLS. — *Clinique interne* : M. VALLÉE. — *Matière médicale, thérapeutique, pharmacie pratique, et clinique interne* : M. TURCOT. — *Pathologie interne et maladies nerveuses* M. : BROCHU. — *Médecine légale et toxicologie* : M. A MAROIS. — *Histologie et Bactériologie théorique* : M. HAMEL. — *Clinique chirurgicale* : M. AHERN. — *Maladies des enfants* : M. VERGE. — *Clinique chirurgicale* : M. CATELIER. — *Maladies mentales* : M. VALLÉE. — *Maladies des vieillards* : M. AHERN. — *Gynécologie* : M. GRONDIN. — *Ophtalmologie, Otologie* : M. COOTE. *Rhino-laryngologie* : M. DUSSAULT. — *Pédiatrie et Hygiène* · M. FORTIER. — *Maladies des yeux et des oreilles* : M. Alfr. SIMARD. — *Histoire de la Médecine et Déontologie* : M. VALLÉE. — *Laboratoire de Bactériologie* : M. R. MAYRAND.

FACULTÉ DE MÉDECINE (UNIVERSITÉ LAVAL) DE MONTRÉAL

Président et Doyen : J.-P. ROTTOT. — Secrétaire :

L. D. MIGNAULT. Trésorier : J. P. BEAUCHAMP.

Pathologie et clinique interne : J.-P. ROTTOT, DEMERS, GUÉRIN — *Physiologie et Electricité médicale* : DUVAL. — *Anatomie descriptive* : L-D. MIGNAULT, — *Chimie et toxicologie* : N. FAFARD. — *Clinique chirurgicale* : A.-T. BROSSEAU, W.-H HINGSTON. — *Pathologie externe et médecine opératoire* : J.-A.-S. BRUNELLE. — *Anatomie pratique* : J.-P. CHARTRAND. — *Hygiène. Déontologie médicale et Histoire de la médecine* : E. PERSILLIER-LACHAPELLE. — *Pédiatrie et pathologie générale* : S. LACHAPELLE. — *Clinique d'oculistique et d'otologie* : L.-E DESJARDIN et A. FOUCHER. — *Clinique obstétricale* : A. DAGENAIS et J.-B. A. LAMARCHE. — *Jurisprudence médicale et maladies mentales* : L.-B. DUROCHER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE. — *Gynécologie* : M. TH. BRENNAN. — *Matière médicale* : M. HERVIEUX. — *Médecine légale et Maladies mentales* : VILLENEUVE. — *Obstétrique* : DE COTRET. — *Démonstrateurs d'anatomie* : DELORME. FORTIER, MOREAU RIVET. — *Histologie* : MARRIEN. — *Bactériologie et Anatomie pathologique* PARIZEAU. — *Pathologie interne* : BENOIT. — ASSISTANTS : *Clinique chirurgicale* : O. MERCIER, MÉRILL, ETHIER. — *Clinique interne* : CHÉROUX, MARSELLAIS, GAUTIER, DUBÉ, HÉBERT, LESAGE. — *Gynécologie* : HARWOOD. — *Pédiatrie* : CORMIER. — *Dermatologie* : VALIN : *Neurologie*. CHAGNON. — *Ophtalmologie* : DUHAMEL. — DÉMONSTRATEURS. — *Bactériologie et Anatomie pathologique* : BERNIER. — *Anatomie* : VIROLLE. — *Histologie* : S. BOUCHER.

La Faculté de Médecine à Montréal songe sérieusement à faire venir de France un professeur pour occuper la chaire d'anatomie pathologique, professeur qui recevrait ses émoluments d'un fonds spécial créé à cet effet par souscription. Le projet est dès maintenant à l'étude, et un certain nombre de médecins canadiens ont garanti, le cas échéant, une somme de 10.000 francs.

Les élèves de Québec et de Montréal doivent subir leurs examens en présence des représentants du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec pour obtenir leur licence ou patente de pratique.

D. Turquie d'Asie

FACULTÉ FRANÇAISE MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BEYROUTH (TURQUIE D'ASIE)

ANNÉE SCOLAIRE 1903-1904

Distribution des cours. — Chaires.

Chancelier : M. CATTIN.

Anatomie, Physiologie et Histologie : M. NÈGRE. — *Clinique et pathologie interne* : M. de BRUN. — *Clinique et pathologie externes* : M. HACHE. — *Thérapeutique, hygiène et médecine légale* : M. CALMETTE. — *Obstétrique. Gynécologie et Pédiatrie* : M. ROUVIER. — *Matière médicale et Pharmacie* : M. GUIGUES. — *Chimie médicale* : M. SOULERIN. — *Histoire naturelle et Bactériologie* : M. BOULOUMOY. — *Physique médicale* : M. COLLANGETTES. — *Physique biologique* : M. DE VREGILLE. — *Ophtalmologie* : M. CHACKER-KHURY, *chargé de cours*.

Le Gouvernement ottoman a reconnu officiellement l'existence de la Faculté et les examens du doctorat vont être soutenus en novembre, devant un jury mixte composé de trois membres appartenant aux Facultés de l'Etat de France, de trois membres appartenant à l'Ecole de médecine de Constantinople, enfin, des professeurs de la Faculté de Beyrouth. Le nombre des élèves allant toujours croissant, la Faculté a acheté un terrain de plus de 3 hectares sur l'emplacement duquel elle va construire une nouvelle Faculté.

Cliniques

Clinique médicale : M. de BRUN (3 fois par semaine). — *Clinique chirurgicale* ; M. HACHE (3 fois par semaine). — *Clinique obstétricale et gynécologique* : M. ROUVIER (3 fois par semaine.) — *Polyclinique* : M. [C]ALMETT (3 fois par semaine). — *Clinique Ophtalmologique* : M. CHACKER-KHOURY (1 fois par semaine).

Voici la répartition des étudiants de la Faculté :

A. *Médecine* :

1. En cours d'Examen	31	169
2. En 4e année	30	
3. En 3e année	38	
4. En 2e année	30	
5 En 1re année	40	

B. *Pharmacie* :

1. En cours d'Examen	8	31
2. En 3e année	7	
3. En 2e année	6	
4. En 1re annnée	10	
Total		200

FACULTÉS DE MÉDECINE ROUMAINES.

La Roumanie possède actuellement deux facultés de médecine complètes, dont l'une à Bucarest, l'autre à Jassy. A la Faculté de Bucarest se trouve l'école de pharmacie. Les cours, les programmes, etc., sont exactement pareils aux cours, programmes, examens, thèses, etc., des facultés françaises, et plus spécialement de la faculté de médecine de Paris. Ci-joint le corps enseignant des deux facultés, dont les professeurs sont nommés après concours.

Faculté de médecine de Bucarest.

L'enseignement médical et pharmaceutique a été fondé en 1856 et transformé en faculté en 1869.

Doyen : *M. le professeur docteur* N. MALDARESCO.

Pour l'immatriculation à la Faculté, il faut posséder le certificat de l'examen général de lycée (baccalauréat, certificat de maturité.)

ANNÉE SCOLAIRE 1904-1905.

1re Année d'étude. — Chimie générale médicale : M. N. ATHANASESCO, professeur. — Botanique : M. M. VLADESCO, professeur à la Faculté des sciences. — Zoologie médicale : M. Et. SIHLEANO, professeur. — Physique médicale : M C. MICULESCO, professeur à la Faculté des sciences. Travaux pratiques pour tous les cours.

IIme Année d'étude. — Anatomie descriptive : M. Petrini Paul, professeur. — Histologie et embryologie : M. A. Obregia, professeur. — Physiologie : M. N. Paulesco, agrégé. — Dissections. — Travaux pratiques d'histologie et de physiologie. — Stage dans les hôpitaux 2me semestre.

IIIme Année d'étude. — Anatomie descriptive : M. Petrini Paul, professeur. — Anatomie topographique : M. Thomas Jonnesco, professeur, et M. D. Gerota, agrégé provisoire. — Médecine opératoire : M. Ath. Démosthène, professeur. — Dissections.— Travaux pratiques d'anatomie topographique et de médecine opératoire. — Stage dans les hôpitaux.

IVme Année d'étude. — Anatomie pathologique : M. V. Babes, professeur. — Pathologie interne : M. J. Thomas Thomesco, professeur. — Pathologie externe, bandages et appareils de fractures : M. Gr. Romniceano, professeur. — Pharmacologie : M. N. Maldaresco, professeur. — Bactériologie : M. V. Babes, professeur. — Clinique médicale : M. Chr. Buicliu, professeur. — Clinique chirurgicale : M. C. Angelesco, agrégé. — Travaux pratiques d'anatomie pathologique, bactériologie et pharmacologie. — Stage dans les hôpitaux.

Ve Année d'étude. — Pathologie générale : M. J. Théodori, professeur. — Médecine expérimentale : M. J. Cantacuzino, professeur. — Thérapeutique et clinique thérapeutique : M. N. Maldaresco, professeur. — Hygiène : M. V. Sion, agrégé. — Médecine légale : M. M. Minovici, professeur. — Obstétrique : M. D. Draghiesco, professeur. — Clinique médicale : M. G. Stoicesco, professeur. — Clinique chirurgicale : M. Thomas Jonnesco, professeur. — Travaux pratiques de médecine expérimentale, médecine légale et d'hygiène. Stage dans les hôpitaux.

VIe *Année d'étude.* — Clinique chirurgicale : M. C. D. Severeano, professeur. — Clinique ophtalmologique : M. N. Manolesco, professeur. — Clinique obstétricale : M. D. Draghiesco, professeur. — Clinique et maladies des enfants : M. N. Thomesco, professeur. — Clinique dermatologique et syphilitique : M. M. Petrini-Galati, professeur. — Clinique des maladies mentales : M. A. Soutzo, professeur. — Clinique des maladies nerveuses et électrothérapie : M. G. Marinesco, professeur. — Clinique oto-rhino-laryngologique : M. Eug. Felix, agrégé provisoire. — Stage dans les services de ces cliniques.

En dehors des cours et cliniques obligatoires et officielles de la Faculté, il existe des cours et cliniques libres faites par des docents, entre autres : 1° Clinique et cours des maladies des dents et de la bouche, M. D. Nicolesco, docent ; 2° Clinique chirurgicale des maladies des voies urinaires, M. P. Heresco, docent.

Section de l'enseignement pharmaceutique. — Pour être immatriculé et aspirer au titre de pharmacien, il faut posséder le certificat de l'examen général de lycée, (baccalauréat, certificat de maturité). Faire premièrement un stage de deux ans complets dans une pharmacie publique. Etre reçu à la fin de ce stage à l'examen général de pratique en pharmacie, tenu au conseil d'hygiène de chaque département. Suivre ensuite pendant trois années les cours et travaux pratiques de la Faculté. — Ces cours sont partagés en trois années d'étude.

Ire *Année d'étude* : Botanique : M. M. Vladesco, professeur à la Faculté des sciences. — Zoologie : M. Et. Sihleano, professeur. — Minéralogie : M. L. Mrazec, professeur à la Faculté des sciences. — Chimie minérale : M. N. Athanasesco, professeur. — Physique générale : M. C. Miculesco, professeur à la Faculté des sciences. — Chimie analytique (analyses qualitatives M. Et Minovici, agrégé. — Travaux pratiques pour tous les cours.

IIme *Année d'étude.* — Pharmacologie et pharmacognosie ; M. N. Maldaresco, professeur. — Chimie organique : M. N. Athanasesco, professeur. — Chimie analytique (analyses quantitatives) : M. Et. Minovici, agrégé.— Pharmacie chimique et galénique : M. M. Georgesco, suppléant. — Bactériologie : M. V. Babes, professeur. — Travaux pratiques pour tous les cours.

IIIme *Année d'étude.* — Pharmacie chimique et galénique, commentaires de la pharmacopée roumaine : M. Georgesco, suppléant. — Chimie analytique des aliments et boissons : M. Aug. Poltzer, suppléant. — Hygiène, police sanitaire : M. V. Sion, agrégé. — Chimie analytique et toxicologie : M. Et. Minovici, agrégé. Travaux pratique pour tous les cours.

Les cours à l'Université se font par des professeurs, agrégés et docents. Les professeurs et les agrégés sont définitifs et inamovibles. Les docents font des cours libres, après autorisation du Sénat universitaire sur la proposition de la Faculté.

Les docents remplissent aussi les fonctions d'assistants des cours et des laboratoires. Les professeurs pour l'enseignement médical et pharmaceutique sont aidés dans leurs fonctions par des assistants de cliniques, de cours et de laboratoires, tous docteurs ayant obtenu le titre de docent. Les jeunes filles qui justifient des titres de l'immatriculation sont admises comme régulièrement inscrites pour le titre de docteur en médecine ou de pharmacien. La Faculté perçoit une taxe de 90 lei (francs) par an pour les travaux pratiques dans les laboratoires et une taxe de 30 lei pour chaque examen. Les étudiants pauvres qui passent leurs examens avec succès sont dispensés de taxes. Les diplômes et certificats étrangers de fin d'études secondaires sont admis pour l'immatriculation à la Faculté, si préalablement ils ont été déclarés équivalents aux diplômes roumains par la commission spéciale de l'Université. De même pour les inscriptions universitaires prises à l'étranger.

Chaque étudiant a un dossier de scolarité où sont classés et inscrits tous ses actes. La fréquentation des cours, cliniques, travaux pratiques et le stage dans les hôpitaux, par les étudiants régulièrement inscrits, est obligatoire. Les étudiants sont obligés de prendre, chaque trimestre, durant le stage dans les hôpitaux deux observations cliniques, dont la valeur est notée par les chefs des services ou assistants dans le cahier de fréquentation. L'inscription se prend en présentant au secrétariat de la Faculté le cahier de fréquentation des cours, cliniques, travaux pratiques et stage dans les hôpitaux, signés par chaque professeur de l'année d'étude.

L'horaire des cours, de même que les cours et travaux pratiques qui doivent être suivis toute l'année scolaire ou seulement un semestre, sont reglés par le conseil de Faculté. La loi de l'organisation de l'Ephorie des hôpitaux civils de Bucarest (administration des hôpitaux) prévoit des concours chaque année, au mois d'octobre, pour l'admission des étudiants en médecine comme externes et internes dans les hôpitaux, organisation pareille à celle de *l'internat et l'externat des hôpitaux de Paris*, que nous avons adoptée intégralement, admirable et utile autant pour l'instruction des étudiants que pour le service des malades dans les hôpitaux. Il y a un concours chaque année pour l'admission des étudiants comme internes en pharmacie dans les hôpitaux. Pour le doctorat en médecine il y a sept examens, tous avec des épreuves et une thèse inaugurale imprimée. Il y a un prix annuel *Alexandre Christesco* médaille d'or en valeur de 500 lei, décerné à la meilleure thèse inaugurale de docteur en médecine, jugée par la Faculté, et d'autres mentions.

Pour le titre de pharmacien il y a quatre examens, avec des épreuves pratiques faites avant l'examen oral. Les examens de la Faculté constituent des examens d'Etat qui donnent droit eu libre exercice de la médecine et de la pharmacie. La population scolaire actuelle de notre Faculté est de 1800 étudiants, roumains et étrangers. pour les deux enseignements. La Faculté est installée dans un local spécial, grand édifice nouvellement construit où sont réunis tous les laboratoires, possédant en outre un grand amphithéâtre et six grandes salles de cours (petits ampithéâtres), annexées aux laboratoires. A côté de chaque clinique il y a un laboratoire pour l'examen bactériologique et autres examens microscopiques, analyses des liquides biologiques, etc. Chaque clinique a un casier d'observations classé par les assistants des cliniques.

La Faculté possède quatre instituts assez bien dotés, des laboratoires pour tous les cours et de nombreux services de clinique : L'Institut de pathologie, bactériologie, médecine expérimentale et anatomie pathologique ; L'Institut de chirurgie topographique. L'Institut de médecine légale ; L'Institut d'anatomie. Les salles de dissection sont spacieuses pour faire travailler 300 étudiants à la fois. Chaque laboratoire est aménagé pour contenir et faire travailler des séries de 35 à 40 étudiants. Il y a une bibliothèque centrale et des bibliothèques spéciales des laboratoires et des instituts.

Faculté de Médecine de Jassy.

Doyen : M. le Pr Georges Bogdan.

Les renseignements sur cette Faculté ne nous sont pas parvenus.

AVIS TRÈS IMPORTANT. — Tout ce qui concerne la Rédaction et l'Administration doit TOUJOURS être adressé aux bureaux du journal, 14, *rue des Carmes.*

MEDECINE PRATIQUE

Formule très active contre la chloro-anémie.

Voici une formule très en vogue à Vienne, contre la choro-anémie, parce qu'elle ramène promptement l'appétit et les couleurs.

Artémisine	0 gr. 001	milligr.
Quassine	0 — 001	—
Protoxalate de fer	0 — 10	centigr.

pour une dragée. — Quatre dragées par jour, deux avant chaque repas.

Les couleurs apparaissent *invariablement* entre le neuvième et le douzième jour.

La réunion de l'artémisine et de la quassine cristallisée réveille puissamment l'action des fibres musculaires du tube digestif, ce qui se traduit par un appétit presque immédiat.

Cette formule est spécialisée en France sous le nom de « *Dragées de Fer Briss* ».

Ministère de l'Instruction Publique.

Ministre : M. CHAUMIÉ.

Directeur de l'enseignement supérieur : M. BAYET.

Université de Paris. Vice-recteur : M. LIARD.

Bureau des renseignements scientifiques (à la Sorbonne).

Depuis le 1er août 1903, existe à l'Université de Paris (Galerie des Sciences, ancienne salle d'examens nº 1) un bureau de renseignements scientifiques, créé par le Conseil municipal de Paris, en commun avec le Conseil de l'Université. Il est destiné à donner aux visiteurs français et étrangers tous les renseignements qu'ils peuvent désirer sur les cours, laboratoires, hôpitaux, cliniques, musées, établissements publics ou privés, services administratifs, etc., existant à Paris. Ce bureau est ouvert de 10 h. à midi et de 1 h. à 5 h., durant toute l'année. [Nº de téléphone, 812.61].

Ce service nouveau, le premier qu'on ait songé à faire jusqu'ici aussi complet, intéresse tout particulièrement les médecins français et étrangers, ainsi que les étudiants de toutes nationalités, qui y trouveront, mis à leur disposition, sur des fiches spéciales, par un personnel polyglotte, des renseignements groupés sous trois rubriques : 1º Etablissements ; 2º Spécialités ; 3º Liste des personnalités se livrant à un enseignement public de quelque ordre qu'il soit. Une autre série de fiches, classées par pays, renferme ce qui peut intéresser à Paris chaque nationalité en particulier. Enfin on y trouve, à l'usage des Français, tous les renseignements concernant les cours des Universités étrangères.

Ce service est placé sous la direction de notre confrère le Dr Blondel, secrétaire général de l'Association internationale de la Presse médicale. Durant le cours de l'année 1904, le nombre des visiteurs a oscillé entre 40 et 80 *par jour*. C'est dire les services rendus par ce Bureau, à l'imitation duquel des créations semblables vont être faites à Berlin et à Londres.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

Ouverture des Cours.

Clinique médicale. — M. le Pr Debove fera ses leçons de clinique médicale tous les matins, à 10 heures (Amphithéâtre de Clinique médicale, hôpital Beaujon). Visite et examen des malades, tous les matins, à 9 heures, salles Behier (F.) et Sandras (H.)

Clinique médicale (Hôtel-Dieu). — M. le Pr Dieulafoy a commencé son enseignement clinique à l'Hôtel-Dieu. Il reprendra ses leçons à l'Amphithéâtre Trousseau le samedi 19 novembre 1904, à 10 heures et demie du matin, et les continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure. *Visite et Examen des malades tous les matins à 9 heures.* (Salles Saint-Christophe et Sainte-Jeanne).

Enseignement complémentaire. (Démonstrations cliniques et exercices pratiques) *Sémiologie.* — MM. les docteurs Nattan-Larrier et Crouzon, chefs de clinique, le mercredi et le samedi, à 4 heures, salles Saint-Christophe et Sainte-Jeanne. — *Anatomie pathologique et Bactériologie.* — MM. les docteurs Griffon, Loeper et Gouraud, chefs de laboratoire, le jeudi, après la visite, au laboratoire de la Clinique. — *Laryngologie, Rhinologie, Otologie.* — M. le docteur Bonnier, le lundi, après la visite. — *Electrothérapie, Radiologie.* — M. le docteur Lacaille, le vendredi, après la visite. — *Dermatologie.* — M. le docteur Déhu, le mardi, après la visite.

Clinique médicale de l'hopital Laennec. — M. le Pr Landouzy commencera ses leçons de Clinique le vendredi 11 novembre 1904, à 10 heures du matin (à l'Amphithéâtre de la Clinique médicale), et les continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure. Visite et examen des malades, tous les matins à 9 heures. Salles Guersent (crèche), Chomel (hommes) et Broca (femmes). Lundi à 10 heures : consultation : diagnostics et ordonnances commentés. Mardi, vendredi, à 10 heures : leçon clinique. Jeudi, à 10 heures : conférences pratiques d'auscultation.

Clinique Chirurgicale. (Hôtel-Dieu). — M. le Prof. Le Dentu commencera son cours de clinique chirurgicale le vendredi 11 novembre 1904, à 9 heures et demie (Amphithéâtre Chomel), et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure. Opérations après les leçons ; opérations gynécologiques, le jeudi, à 9 heures et demie. Visite et examen des malades, à 9 heures. Le lundi, salle Saint-Landry (hommes) ; le mercredi, salle Saint-Jean (gynécologie) ; le samedi, salle Notre-Dame (femmes).

Enseignement complémentaire. — 1º Exercices cliniques et examens de malades sous la direction de M. le Dr Baudet, chef de clinique, les lundis et jeudis, à 5 heures (Amphithéâtre Chomel). 2º Conférences de gynécologie par M. le Dr Pichevin, les mardis et vendredis, à 5 heures (Amphithéâtre Chomel). 3º Consultations pour les maladies du larynx, des fosses nasales et des oreilles, par M. le Dr Guisez, les mardis et samedis, à 4 heures (Salle de consultation de l'hôpital).

Clinique ophtalmologique. — *Cours pratique.* — M. De Lapersonne, assisté de MM. les Docteurs Poulard et Pley. commencera, le mardi 22 novembre 1904, à 3 heures, dans l'amphithéâtre Dupuytren, à l'Hôtel-Dieu, un cours pratique d'ophtalmologie. Ce cours aura lieu tous les jours, à la même heure, et sera complet en vingt leçons. Les élèves seront exercés individuellement à l'emploi de l'ophtalmoscope et des divers appareils employés dans la Clinique ophtalmologique. Le droit à verser est de 50 francs. Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. MM. les étudiants devront produire, en outre, leur carte d'immatriculation. Les bulletins de versement, relatifs à ce cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet nº 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

Clinique d'accouchements et de gynécologie. (*Clinique Tarnier, 89, rue d'Assas*). — M. le Pr Budin reprendra le cours de clinique d'accouchements et de gynécologie le mardi 15 novembre 1904, à 9 heures du matin (Clinique Tarnier, rue d'Assas), et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Ordre du cours. — Mardis et samedis : leçons à l'Amphithéâtre ; leçons au lit des malades, tous les matins, à 9 heures. Dirigeront les exercices pratiques : M. le docteur Jeannin, chef de clinique ; M. le docteur Guéniot, chef de clinique adjoint ; MM. les docteurs Dubrisay, Chavane, Schwaab, Macé, Perret, Chéron et Bouchacourt, anciens chefs de clinique ; MM. Nicloux et Couder, attachés aux laboratoires ; MM. les docteurs Planchon, Valency, Barlerin, Donzeau, Quillier, Pierra et Buron, moniteurs.

Clinique d'accouchements et de gynécologie. — (Clinique Baudelocque ; 125, boulevard de Port-Royal). — M. le Prof. Pinard commencera ses cliniques journalières le vendredi 4 novembre 1904, à 10 heures du matin (Clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal), et ses leçons bi-hebdomadaires (les lundis et vendredis), le vendredi 11 novembre.

Ordre du cours. — Lundi et vendredi, leçons de clinique obstétricale à l'Amphithéâtre, par le professeur. Mercredi, leçons et opérations de gynécologie, par le Dr P. Segond, agrégé. Samedi, leçons et opérations de chirurgie infantile, par M. le Dr Broca (Auguste), agrégé. Autres jours : Anatomie obstétricale pathologique, par le Dr Couvelaire, chef de laboratoire ; leçons de diagnostic obstétrical, par le Dr Sauvage, chef de clinique, et M. le Dr Mouchotte, chef de clinique adjoint ; leçons de diagnostic gynécologique, par le Dr Potocki, agrégé, accoucheur des hôpitaux. Cours pratique et manœuvres obstétricales, par les Docteurs Wallich et Potocki, agrégés, Bouffe de Saint-Blaise, accoucheur des hôpitaux, Funck-Brentano, Paquy, anciens chefs de clinique, Couvelaire, chef de Laboratoire, Sauvage, chef de clinique, Mouchotte, chef de clinique adjoint, et le Dr Le Masson, répétiteur.

Clinique des maladies du système nerveux. — M. le Prof. F. Raymond. *Cours complémentaire et pratique de Neuropathologie*, sous la direction du Dr Henri Claude, agrégé, avec le concours et la collaboration de MM. Guillain, chef de clinique de la Faculté. Cartaz, chef du service laryngologique ; Dupuy-Dutemps, chef du service optalmologique ; Alquier, chef des travaux d'anatomie pathologique ; Huet, chef du service d'électrothérapie ; Gellé, chef du service otologique ; Infroit, chef du laboratoire de radiothérapie. — Ce cours commencera le 15 novembre et comprendra 35

leçons. — Il aura lieu tous les jours, excepté les dimanches et fêtes à 4 heures de l'après-midi, à la Salpêtrière, salle d'examen de la Clinique. Les leçons auront un caractère essentiellement pratique ; la symptomatologie et le diagnostic seront particulièrement développés et exposés avec présentation de malades. Les pièces anatomiques et les préparations histologiques du laboratoire seront mises à la disposition des auditeurs pour les études anatomo-pathologiques.

Programme du cours. — 1. Séméiologie générale du système nerveux. — Manière d'examiner un malade. 2. Hémiplégie ; Hémorrhagie et ramollissement cérébral. 3. Tumeurs cérébrales. 4. Aphasies. 5. Encéphalopathies infantiles (maladie de Little, hémiplégie infantile). 6. Méningites, hémorrhagies méningées, ponction lombaire. 7. Syndrome cérébelleux ; Maladie de Friedreich. 8. Syndromes bulbo-protubérantiels ; Paralysies bulbaires. 9. Myélites aiguës. 10. Paralysie infantile. 11. Sclérose en plaques. 12. Sclérose latérale amyotrophique. 13. Syringomyélie. 14-15. Tabes ; Scléroses combinées. 16. Compressions de la moelle ; Paraplégie ; Syndromes de Brown-Sequard et de la queue de cheval. 17. Tuberculose des centres nerveux. 18. Syphilis des centres nerveux. 19. Syphilis des centres nerveux. 20. Paralysie générale. 21. Atrophie musculaire progressive ; Atrophies musculaires en général. 22. Myopathies. 23-24. Polynévrites. 25. Paralyties des plexus ; Névralgies (faciale, sciatique, etc.) 26. Epilepsies. 27. Hystérie. 28. Neurasthénie ; Psychoses. 29. Maladie de Parkinson ; Chorée ; Tics ; Tremblements. 30. Examen électrique. 31. Electrothérapie. 32. Examen du larynx. 33. Examen des oreilles. 34. Examen des yeux. 35. Radiographie ; Radiothérapie. Les dates exactes de chaque leçon seront fixées ultérieurement. — Des certificats d'assiduité pourront être délivrés à la fin du cours aux personnes qui en réclameront. Trois séries de leçons du même genre seront faites tous les ans : la première en novembre et décembre ; la seconde en février et mars ; la troisième en mai et juin. Le droit à verser est fixé à 50 francs. Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser le matin, à la Clinique, au Dr Guillain ou au Dr Alquier. Seront admis les docteurs et étudiants français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (Guichet n° 3) les mardis, jeudis, samedis, de midi 3 heures.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. Gaucher commencera ce cours le dimanche 6 novembre 1904, à 10 heures du matin (Hôpital Saint-Louis), et le continuera les mercredis et dimanches suivants, à la même heure. Dimanche : leçon didactique : dermatoses vasculaires ; dermatoses pigmentaires ; dermatoses hypertrophiques. Mercredi : Leçon clinique.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — *Cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie* du 10 octobre au 17 décembre 1904 sous la direction de M. le Pr Gaucher. — Le cours sera complet en quatre-vingt-dix-sept leçons. Il aura lieu tous les jours, deux fois par jour, excepté les dimanches et fêtes, à deux heures et à trois heures et demie de l'après-midi, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre de la clinique, sauf les leçons de M. Cathelin, qui seront faites à l'hôpital Necker, dans le service de M. le Prof. Guyon. Il commencera le lundi 10 octobre 1904 et finira le samedi 17 décembre 1904. Ce cours sera essentiellement pratique, et portera surtout sur le diagnostic et le traitement. Toutes les démonstrations seront accompagnées de présentations de malades, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis et de préparations microbiologiques ou histologiques. L'application des médications usuelles (frotte, douches, électricité, scarifications, épilation, électrolyse, photothérapie, etc.), sera faite devant les élèves. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs Des certificats d'assiduité et d'instruction pourront être délivrés aux auditeurs à la fin du cours.

Programme et répartition des leçons. — MM. Gaucher. Lésions élémentaires de la peau. Matière médicale, dermatologique et médication hydrominérale. Balzer. Eczéma. Impétigo. Ecthyma. Syphilis secondaire. De Beurmann. Psoriasis. Lupus. Tuberculoses cutanées. Traitement du lupus. Castex. Syphilis du nez et du larynx. Queyrat. Blennorrhagie aiguë. Blennorrhagie chronique. Complications et traitement de la Blennorrhagie. Les balanoposthites. Herpès. Végétations. Phimosis. Chancre mou. Chancre syphilitique. Hudelo. Gale. Erythèmes. Urticaire. Prurits et Prurigo. Lichens. Pityriasis. Pemphigus. Morestin. Chirurgie du lupus, des nævi et des tumeurs de la peau. Opérations esthétiques. Gastou. Maladies parasitaires du cuir chevelu : Teigne tondante et Favus. Pityriasis versicolor. Erythrasma. Examen des cheveux et des poils dans les maladies parasitaires. Diagnostic dermatologique par les méthodes de laboratoire : Examen des squames, sérosités, sang, pus. Anatomie pathologique générale des maladies de la peau. Electrothérapie. Petite chirurgie dermatologique. Emery. Traitement de la syphilis. E. Fournier. Hérédo-syphilis, Syphilis et grossesse. Milian. Syphilis tertiaire : syphilides tuberculeuses et ulcéreuses ; gommes ; ulcères de jambe. Syphilis de la langue, du voile du palais, des amygdales, du pharynx, du testicule et des os. Syphilis cérébrale. Syphilis médullaire. Parasyphilis : Neurasthénie. Paralysie générale. Tabes. Terrien. Syphilis oculaire. Lacapère. Pelade et Alopécies. Dermites artificielles. Dermatoses congénitales. Sclérodermie. Tumeurs de la peau. Séborrhées et acnés. Eczéma acnéique. Folliculites suppurées. Dyshidrose. Actinomycose. Lèpre. Leucoplasie. Barbarin. Complications génitales chirurgicales de la blennorrhagie chez la femme : Bartholinites, Métrites et Salpingites. Cathelin. Complications génito-urinaires chirurgicales de la blennorrhagie chez l'homme : Prostatites, Cystites, Abcès urineux, Néphrites suppurées. Traitement des rétrécissements de l'urètre. Paris. Phthiriase. Zona. Dystrophies pigmentaires. Purpura. Morve et Farcin. Eléphantiasis. Un cours semblable a lieu deux fois par an : le premier en mai et en juin, le second du 15 octobre au 20 décembrem. Le droit à verser est de 150 francs. Seront admis les docteurs et étudiants français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (Guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures. Pour renseignements complémentaires, s'adresser le matin à la clinique (Hôpital Saint-Louis).

Anatomie (cours du chef des travaux). — M. Rieffel, agrégé, chef des travaux anatomiques, commencera son cours le mardi 15 novembre 1904, à 4 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. *Objet du cours* : Anatomie descriptive et topographique des membres.

Cours de clinique médicale. — M. G. Hayem commencera son cours de clinique médicale, à l'Hôpital Saint-Antoine, le samedi 12 novembre 1904, à 10 heures, au Pavillon Moïana, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure. — *Enseignement complémentaire* : technique clinique, par M. Ghika, chef de clinique ; anatomie pathologique et bactériologie, par M. Rosenthal ; conférences pratiques d'ophtalmologie, par M. Terrien. Les élèves qui désirent suivre ces cours devront se faire inscrire par M. Rosenthal, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Cours de clinique chirurgicale (Hôpital de la Pitié). — M. le Pr F. Terrier commencera son cours de clinique chirurgicale le vendredi 11 novembre 1904, à neuf heures un quart du matin, et le continuera les mardis et vendredis, à la même heure.

Cours de clinique chirurgicale infantile (Fondation de la ville de Paris). — M. Kirmisson commencera son cours de clinique chirurgicale infantile, Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, le mardi 8 novembre 1904, à 10 heures du matin, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure. Mardi et samedi, à 10 heures : leçons du professeur. Jeudi, de 10 heures à midi : consultations orthopédiques (conférence clinique et examen des malades).

Cours de clinique des maladies des voies urinaires. — M. le Pr Guyon reprendra ses leçons le mercredi 16 novembre 1904, à 10 heures (*Hôpital Necker*), et les continuera les samedis et mercredis suivants à la même heure.

Cours complémentaires. — M. Legueu, agrégé. Les traumatismes et les tumeurs de l'appareil urinaire. Le dimanche, à 10 heures 1/2, à dater du 27 novembre. — M. Cathelin. Technique urologique et petite chirurgie. Le jeudi, à 9 heures. — M. Courtade. Electricité appliquée aux maladies des voies génito-urinaires. Le mardi, à 9 heures. — M. Debains. Application de la cryoscopie à l'étude des lésions rénales. Le mercredi, à 9 heures. — M. Iselin. Complications de la blennorrhagie chez la femme. Le mardi, à 10 heures. — N. Motz. Anatomie pathologique de l'urèthre et de la prostate appliquée au diagnostic et à la thérapeutique des maladies de ces organes. Le samedi, à 9 heures. — M. Noguès. Diagnostic et traitement des uréthrites. Le vendredi, à 9 heures. — M. Pasteau. Conférences de cystoscopie avec examen des maladies. Le lundi, à 9 heures.

Les cours complémentaires commenceront le 1er décembre 1904.

Cours d'anatomie. — M. le Pr Poirier commencera le cours d'anatomie le mercredi 9 novembre 1904, à 4 heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. *Objet du cours* : Organes de la respiration.

Cours d'histologie. — M. A. Branca, agrégé, chargé de cours, commencera le cours d'histologie le mardi 8 novembre 1904, à 4 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — *Objet du*

cours : La cellule ; Les épithéliums ; Les produits sexuels et la fécondation.

Cours d'histoire naturelle médicale. — M. le prof. Blanchard commencera le cours d'histoire naturelle médicale le mercredi 9 novembre 1904, à 4 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure. — *Programme du cours* : Du Parasitisme et de son importance en pathologie. Etude spéciale des protozoaires pathogènes.

Cours de médecine légale. — M. Brouardel commencera le cours de médecine légale le lundi 7 novembre 1904, à 4 heures de l'après-midi (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Cours d'anatomie pathologique. — M. Cornil commencera le cours d anatomie pathologique le lundi 7 novembre 1904. à 5 heures de l'après-midi (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure (dans le même amphithéâtre), les mercredis, à 2 heures, dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique (2e étage). *Objet du cours* : Anatomie pathologique du système génito-urinaire de l'homme et de la femme. — Tumeurs du sein.

Cours de clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. — M. le Pr Joffroy commencera le cours de clinique des maladies mentales le mercredi 16 novembre 1904, à 10 heures, à l'Amphithéâtre de l'*Asile Sainte-Anne*, et le continuera les samedis et mercredis suivants, à la même heure. — 1° MM. les Drs Roy et Juquelier, chefs de clinique, commenceront un cours théorique de psychiatrie, à l'Asile Sainte-Anne, le samedi 5 novembre 1904, à 10 heures, et le continueront les mardis et jeudis suivants, à la même heure, et les samedis suivants, à 9 h. 1/4, pendant les mois de novembre, décembre et janvier. 2° M. le Dr G. Dumas, chef du laboratoire de psychologie, chargé du cours de psychologie expérimentale à la Faculté des lettres, dirigera les exercices pratiques de psychologie, les dimanches matin à 9 h. 1/2 (salle des cours et laboratoire de psychologie).

Cours de pathologie chirurgicale. — M. le Pr Lannelongue commencera le Cours de Pathologie générale chirurgicale le lundi 7 novembre 1904, à 3 heures, dans l'Amphithéâtre de l'Ecole, pratique, annexé à son laboratoire, et le continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure, et tous les autres lundis à 5 heures.

Cours de pathologie interne. — M. le Pr Hutinel commencera le Cours de Pathologie interne le jeudi 10 novembre 1904, à 3 heures (Grand Amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure. — *Sujet du Cours* : Maladies de l'appareil respiratoire.

Cours de pathologie expérimentale et comparée, — M. le Pr Roger commencera son cours le mercredi 16 novembre 1904, à 5 heures de l'après-midi (Grand Amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. *Objet du cours* : Les microbes pathogènes.

Cours de médecine opératoire. — M. le Prof. Paul Reclus commencera le cours de médecine opératoire le lundi 7 novembre 1904, à 5 heures (Grand Amphithéâtre de l'école pratique), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. — *Objet du cours* : Chirurgie d'urgence et Chirurgie journalière.

Cours de thérapeutique, — M. le Pr Gilbert commencera le cours de Thérapeutique le jeudi 10 novembre 1904, à 5 heures de l'après-midi (Petit Amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure. — *Programme du cours* : L'art de formuler. — Les médicaments d'origine végétale et animale. Le cours de Thérapeutique, commencé pendant le semestre d'hiver par le professeur, continué en été par l'agrégé, qui traitera des médicaments d'origine minérale, des eaux minérales, et des régimes alimentaires, sera complet en 8 mois.

Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. le Pr Dejerine commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le jeudi 10 novembre 1904, à 6 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Objet du cours : Histoire de la physiologie et de ses rapports avec la médecine depuis les temps anciens jusqu'au XVIIIe siècle.

Cours de Physiologie. — M. le Prof. Ch. Richet commencera le Cours de Physiologie le jeudi 10 novembre 1904, à 5 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure. Sujet du Cours : *Nutrition. Digestion. Respiration.*

Laboratoire d'anatomie pathologique. — *Professeur* : M. Cornil. — *Chef des travaux* : M. Brault. — *Conférences d'histologie pathologique.* — Une série de conférences, comprenant l'histologie pathologique de tous les organes, du sang et des sérosités commencera le lundi 21 novembre 1904, avec la participation de MM. Courcoux, Decloux, Loeper, Nattan-Larrier, Paulain, Ribadeau-Dumas et Riche. Les séances auront lieu les lundis, mercredis, jeudis, vendredis, à 4 heures, au 2e étage. La durée de ces conférences sera de trois mois. Les matières colorantes, les réactifs et les pièces histologiques seront mis à la disposition des élèves. — Ils trouveront au laboratoire le programme détaillé des conférences. Le droit à verser est de 130 francs. Sont admis, les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés, sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation. Les bulletins de versement, relatifs à ces conférences, seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (Guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

M. le docteur Fernand Besançon, agrégé, chef du laboratoire de bactériologie, fera du jeudi 3 novembre au jeudi 24 novembre 1904, un cours sur le *Bacille de Koch et le diagnostic de la tuberculose par les méthodes de laboratoire.* — Le cours aura lieu les mardis, jeudis, et samedis, à 2 heures et demie, et sera suivi d'exercices pratiques.

Programme du cours. — 1re leçon : Notions générales sur la tuberculose. — 2e leçon : Caractères généraux du bacille de Koch. Tuberculose humaine et aviaire. — 3e leçon : Recherche du bacille dans les crachats. Etude des crachats. — 4e leçon : Recherche du bacille dans le sang, les sérosités; les urines. — 5e leçon : Culture du bacille de Koch. — 6e leçon : Inoculation des produits tuberculeux aux animaux. Tuberculose expérimentale. — 7e leçon : Bacilles acido-résistants. Pseudo-tuberculoses. Actinomycose. — 8e leçon : Etude histologique du tubercule. Diagnostic du tubercule et des autres lésions similaires. Recherche du bacille dans les coupes d'organes. — 9e leçon : Toxines tuberculeuses. — 10e leçon : Cytodiagnostic, sérodiagnostic de la tuberculose. Le droit à verser est de 60 francs. Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté (Guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

Exercices pratiques de diagnostic bactériologique, sous la direction de M. Fernand Besançon, agrégé, chef du laboratoire de Bactériologie, et de M. Griffon, préparateur. Une série d'exercices pratiques de bactériologie commencera le samedi 26 novembre 1904. Des conférences, suivies de travaux pratiques, auront lieu à 2 h. 1/2, les mardis, jeudis et samedis.

Programme du cours. — 1re leçon : Technique de la coloration des microbes ; méthode de Gram. — 2e leçon : Technique de la culture des microbes et des inoculations. — 3e leçon : Analyse bactériologique du pus ; microbes pyogènes aérobies, — 4e leçon : Analyse bactériologique des crachats (non tuberculeux). 5e leçon : Analyse bactériologique des crachats tuberculeux. — Tuberculose et pseudo-tuberculose. — 6e leçon : Diagnostic bactériologique des angines. — 7e leçon : Sérodiagnostic. — 8e leçon : Analyse bactériologique du sang et des sérosités pathologiques. — 9e leçon : Analyse bactériologique de l'eau et des matières fécales. — 10e leçon : Diagnostic des infections dues aux microbes anaérobies. — 11e leçon : Diagnostic bactériologique de la peste et du choléra. — 12e leçon : Diagnostic bactériologique des infections de l'appareil génito-urinaire ; gonocoque, bacille du chancre mou. — 13e leçon : Diagnostic bactériologique des lésions microbiennes et parasitaires de la peau.

Le droit à verser pour cette série d'exercices est de 60 francs. — Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. — Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, de midi à 3 heures.

Cours de pharmacologie et matière médicale, — M. le Prof Gabriel Pouchet commencera le Cours de Pharmacologie le mardi 8 novembre 1904, à 4 heures de l'après-midi (Amphithéâtre de Pharmacologie), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : Mardi et samedi ; Leçon théorique, — Etude des modificateurs de la nutrition. — Jeudi : Conférences pratiques et interrogations. — Exercices pratiques de reconnaissance et de détermination des drogues simples et composées, étude de leurs propriétés toxiques et médicamenteuses, applications aux sciences médicales. — Art de formuler.

Cours libre, autorisé pour le 1er semestre de l'année scolaire 1904-1905, par le Conseil de l'Université de Paris, le 25 juillet 1904. — M. le Dr Lavaux. Affections des voies urinaires, Mardi, jeudi, samedi, à 2h. Amphithéâtre Cruveilhier. Ce cours commencera le 3 décembre 1904.

Cours et travaux pratiques de laryngologie, rhinologie et otologie. — I. — *Cours.* — M. le Dr Castex, chargé de cours, assisté de MM. les Drs Collinet, Rabe et Denis, reprendra ses

PRIMES A NOS ABONNÉS

Les Œuvres complètes de M. le Pr CHARCOT, publiées par le *Progrès médical*, forment treize volumes, se décomposant ainsi :

T. I, II, III. — Leçons sur les **maladies du système nerveux**.............. 48 fr.
T. IV. — Leçons sur les **localisations cérébrales**.............. 12 »
T. V. — Leçons sur les **maladies du poumon et du système vasculaire**.............. 15 »
T. VI. — Leçons sur les **maladies du foie, des voies biliaires et des reins**.............. 12 »
T. VII. — Leçons sur les **maladies des vieillards, goutte et rhumatisme**.............. 12 »
T. VIII. — **Maladies infectieuses, affections de la peau, kystes hydatiques, thérapeutique**. 10 »
T. IX. — **Hémorragie cérébrale, hypnotisme, somnambulisme**, etc.............. 15 »
Leçons du Mardi à la Salpêtrière, deux forts volumes in-4° couronne.............. 40 »
Clinique des maladies du système nerveux, deux volumes in-8° carré.............. 24 »
La Foi qui guérit.............. 2 »

Soit au total 190 fr. — Pour permettre à ceux de nos abonnés qui ne la possèdent pas l'acquisition de cette précieuse collection, nous la délivrerons dans nos bureaux

Au prix net de 50 francs

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

MANUEL PRATIQUE DE

LA GARDE-MALADE, DE L'INFIRMIÈRE ET DES MÈRES DE FAMILLE

Publié par le **Dr BOURNEVILLE**

Rédacteur en chef du *Progrès Médical*, Médecin de Bicêtre, Directeur des Ecoles municipales d'infirmières, etc.

Avec la collaboration de MM. Ed. Brissaud, P. Cornet, Budin, H. Duret, P. Keraval, G. Maunoury, Monod, J. Noir, Poirier, Ch.-H. Petit-Vendol, Pinon, P. Regnard, Sevestre, Sollier, Viron, P. Yvon, Mme Pilliet-Edwards.

Septième édition revue et augmentée.

Ouvrage adopté pour les Ecoles municipales et les Ecoles départementales d'infirmiers et d'infirmières de Paris et de la Seine

Prix des cinq volumes in-18 jésus : 7 fr. 50.— Pour nos abonnés, Prix.............. 6 fr.

(Chaque volume se vend séparément).

AVIS A NOS LECTEURS

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs, que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.,etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) à **M. A. ROUZAUD**.

Librairie du PROGRÈS MÉDICAL

La collection complète des **Archives de Neurologie**, prise dans nos bureaux, est cédée **A NOS ABONNÉS** aux prix ci-après :

Première serie (1880-1895), soit 30 volumes, au prix de **120** francs.

Deuxième série (1896-1903), soit 14 volumes, au prix de **80** francs.

Les deux séries ensemble **180** francs.

LE PROGRÈS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie

Comité de rédaction : Poirier, Budin, Magnan, Brissaud, H. de Rothschild, Déjerine.

Rédacteur en chef : **BOURNEVILLE**. — Secrétaire de la rédaction : **J. NOIR.**

Prix du Numéro : 20 centimes

Abonnements
- France.............. **10** francs
- Etranger.............. **12** francs
- **Pour les ÉTUDIANTS**.............. **6** francs

LES

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

REVUE MENSUELLE DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES.

Fondée par M. **J.-M. CHARCOT** et **BOURNEVILLE**, *en 1880*

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM. A. JOFFROY, V. MAGNAN, F. RAYMOND

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

Secrétaires de la Rédaction : J.-B. CHARCOT et J. NOIR

ABONNEMENTS :

Paris : 20 francs. — France : 22 francs. — Etranger : 23 francs.

PROGRÈS MÉDICAL & ARCHIVES DE NEUROLOGIE

RÉUNIS

Abonnements : France, **28** francs. — Etranger, **30** francs.

Les abonnements partent du 1er Janvier et du 1er Juillet de chaque année.

Avis très important. — Prière de joindre au Bulletin de Souscription, le montant de l'Abonnement, soit en Mandat-Poste, soit en une valeur sur Paris.

Pour tout ce qui concerne l'Administration et la Publicité, s'adresser à M. Aimé ROUZAUD

BUREAUX : 14, rue des Carmes, 14, PARIS

leçons à l'Amphithéâtre Cruveilhier (Ecole pratique), le mardi 8 novembre 1904, à 3 heures. — *Programme du cours* ; 1° mardis, jeudis, samedis, M. CASTEX. — Présentation de malades ; 2° lundis, mercredis, vendredis, MM. COLLINET, RABE, DENIS. — Conférences d'oto-rhino-laryngologie ; 3° le cours se terminera par des leçons de médecine opératoire spéciale, avec exercices par les élèves.

II. — Travaux pratiques. — Les exercices pratiques ont lieu toute l'année sans interruption. Examen et traitement des malades par les élèves tous les jours, de 3 heures à 5 heures. Le droit de laboratoire pour chaque série est de 50 francs. Sont admis tous les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de midi à 3 heures.

CONFÉRENCES DE CHIMIE BIOLOGIQUE. — M. L. MAILLARD, agrégé, a commencé les conférences de chimie biologique le samedi 5 novembre 1904, à 5 heures (amphithéâtre de physique et de chimie, à la Faculté), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — *Sujet des Conférences* : les principes constitutifs de l'organisme.

CONFÉRENCES D'HYGIÈNE. — M. MACAIGNE, agrégé, commencera ses conférences le mercredi 9 novembre 1904, à 3 heures (au grand amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

CONFÉRENCES DE PATHOLOGIE EXTERNE. — M. H. MORESTIN, agrégé, commencera ces conférences le jeudi 3 novembre 1904, à 5 heures (Grand Amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les samedis, mardis, et jeudis suivants, à la même heure. — *Objet du Cours* : Maladies chirurgicales de la tête et du cou.

CONFÉRENCES DE PATHOLOGIE INTERNE. — M Paul CARNOT, agrégé, commencera ces conférences le lundi 7 novembre 1904, à 6 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. *Objet du cours* : Intoxications et auto-intoxications.

CONFÉRENCES D'OBSTÉTRIQUE. — M. BRINDEAU, agrégé, commencera ces conférences le mardi 8 novembre 1904, à 6 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

CONFÉRENCES DE PHYSIQUE MÉDICALE. — M. BROCA (André), agrégé, commencera les conférences de Physique Médicale, le mercredi 9 novembre 1904, à 3 heures (Amphithéâtre de Physique et de Chimie de la Faculté), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

ECOLE PRATIQUE. — EXERCICES OPÉRATOIRES, sous la direction de M. le Prof. RECLUS et de M. HARTMANN, agrégé, sous-directeur des travaux de médecine opératoire. — *Cours facultatif d'automne* : M. le Dr LABBY, prosecteur, avec le concours de 6 aides d'anatomie, fera sa première démonstration le lundi 17 octobre 1904, à 1 heure 1/4 précise, pavillon n° 7.

ENSEIGNEMENT PRATIQUE DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DE LA DIPHTÉRIE. — M. MARFAN, agrégé, médecin des hôpitaux, chargé d'un cours de clinique annexe, commencera, le lundi 7 novembre 1904, à 9 heures du matin (*Hôpital des Enfants-Malades*, pavillon de la diphtérie), un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (sérothérapie, bactériologie, tubage et trachéotomie). Seront admis à suivre cet enseignement. MM. les étudiants pourvus de 16 inscriptions et MM. les docteurs en médecine. Chacun d'eux sera exercé à l'examen bactériologique et à la pratique des interventions opératoires. Les inscriptions seront reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), tous les jours, de midi à 3 heures. Les élèves seront classés par séries de quinze et pour une période de un mois (MM. les docteurs en médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité).

M. le docteur Deguy, chef du laboratoire, et M. Le Play, interne du service, dirigent les travaux pratiques.

MÉDECINE LÉGALE PRATIQUE. — *Professeur* : M. BROUARDEL — I. *Cours de médecine légale pratique, à la Morgue.* Le cours de médecine légale pratique commencera à la Morgue, le mercredi 9 novembre 1904, à deux heures de l'après-midi et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. *Ordre du cours* : les mercredis, M. le prof. Brouardel : les vendredis, M. le Dr Descoust, chef du laboratoire de médecine légale ; les lundis, M. le Dr Vibert, chef du laboratoire d'Anatomie pathologique. — II. *Conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquée à la toxicologie.* Les conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité, 2 quai du Marché-Neuf). Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant, à dater du jeudi 10 novembre 1904, les mardis, jeudis et samedis. — *Ordre du cours* : les jeudis à 4 heures, M. le Dr Descoust, chef du laboratoire de médecine légale ; les mardis à 3 heures, M. le Dr Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique : les samedis à 3 heures, M. Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie. — III. *Conférences de médecine légale psychiatrique.* M. le docteur Paul GARNIER, médecin en chef de l'infirmerie spéciale, chargé du cours pratique de médecine légale psychiatrique, commencera ses conférences, le samedi 19 novembre 1904, à une heure et demie, et les continuera les samedis suivants à la même heure, 3, quai de l'Horloge (infirmerie spéciale). — IV. *Conditions d'admission au cours de médecine légale pratique, aux conférences et au laboratoire de chimie.* Seront seuls admis à suivre le cours de médecine légale pratique et les conférences, sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée, après inscription, au secrétariat de la Faculté : 1° MM. les docteurs en médecine ; 2° MM. les étudiants ayant subi le 3e examen de doctorat. — Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf), sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique. Ces élèves seront inscrits au laboratoire, et après autorisation du Doyen, sur la présentation de la carte d'immatriculation et de la quittance des droits prescrits (50 francs par trimestre). — V. *Conditions d'admission aux conférences de médecine légale psychiatrique.* Seront seuls admis à suivre les conférences cliniques de psychiatrie médico-légale, sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée, sur leur demande, au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 2), tous les jours, de midi à 3 heures : 1° MM. les docteurs en médecine ; 2° MM. les internes des hôpitaux ; 3° MM. les étudiants ayant subi le 4e examen de doctorat.

Thèses de doctorat. — *Mercredi 9 novembre 1904*, à 1 heure. — *M. Drouet* : La méningite aiguë syphilitique : MM. Hayem, Pinard, Brissaud, Broca (Aug.). — *M. Gouin* : Des avantages de l'hystéropexie médiate ligamentaire intra-abdominale au point de vue obstétrical ; MM. Pinard, Hayem, Brissaud, Broca (Aug.). — *M. Ogé* : Quelques considérations sur les rapports de la littérature et de la médecine (vulgarisation médicale); MM. Brissaud, Hayem, Pinard, Bivea (Aug).

Jeudi 10 novembre 1904, à 1 heure. *Mme Darcanne-Mouroux* : Contribution à l'étude clinique de la ménopause précoce ; MM. Debove, Raymond, Gilbert, Vaquez. — *M. Labouré* : Voie d'accès du sinus sphénoïdal ; MM. Raymond, Debove, Gilbert, Vaquez. — *M. Hamelin* : Contribution à l'étude de l'anémie urémique ; MM. Gilbert, Debove, Raymond, Vaquez. — *M. Lièvre* : Les causes finales sources des indications en thérapeutique ; MM. Gilbert, Debove, Raymond, Vaquez. — *M. Robert* : Purpura hémorragique et tuberculose chronique ; MM. Chantemesse, Pozzi, Bezançon, Demelin. — *M. Bonamy* : Etiologie et traitement de l'hémorragie secondaire consécutive aux opérations utéro-annexielles par voie abdominale ; MM. Pozzi, Chantemesse, Bezançon, Demelin. — *M. Guiton*: Empirisme et superstition dans le Bocage normand ; MM. Pozzi, Chantemesse, Bezançon, Demelin. — *Mlle Bonnin* : Contribution à l'étude de la tuberculose de la vulve ; MM. Pozzi, Chantemesse, Bezançon, Demelin.

Examens de doctorat. — *Lundi 7 novembre 1904.* — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série) : MM. Terrier, Delens, Pierre Duval. — 5e (Chirurgie (1re partie 2e série) : MM. Reclus, Gosset, Proust. — 5e (2e partie) : MM. Brissaud, Teissier, Macaigne.

Mardi 8 novembre 1904. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série) : MM. Guyon, De Lapersonne, Auvray. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série) : MM. Berger, Schwartz, Morestin. — 5e (2e partie) : MM. Cornil, Dupré, Gouget.

Mercredi 9 novembre 1904. — 1er (Oral) : MM. Reclus, Retterer, Cuneo. — 1er (Chirurgien-dentiste : MM. Ch. Richet, Sebileau, Branca. — 5e (2e partie) : MM. Landouzy, Legry, Labbé (Marcel).

Jeudi 10 novembre 1904. — 3e (1e partie, 1re série, Oral) : MM. Berger, Thiéry, Blindeau. — 3e (1re partie, 2e série, Oral) : MM. Budin, Faure, Launois. — 4e : MM. Joffroy, Langlois, Richaud.

Vendredi 11 novembre 1904. — 3e (2e partie, Oral) : MM. Blanchard, Gaucher, Claude. — 4e : MM. Pouchet, Desgrez, Balthazard. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série) : MM. Kirmisson, Legueu, Cunéo. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série) : MM. Tuffier, Mauclaire, Proust. — 5e (Obstétrique, 1re partie) : MM. Lepage, Vallich, Potocki.

Samedi 12 novembre 1904. — 1er (Chirurgien-dentiste) : MM. Poirier, Launois, Langlois. — 5e (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Troisier, Vaquez. — 5e (2e partie, 2e serie : MM. Raymond, Méry, Renon. — 5e (2e partie, 3e série) MM. Hutinel, Jeanselme, Carnot. — 5e (Obstétrique, 1re partie) : MM. Budin, Demelin, Brindeau.

Faculté de médecine de Bordeaux.

(Voir p. 356.)

STATISTIQUE SCOLAIRE ANNUELLE.

Relevé numérique des étudiants en 1903-1904.

	Etudiants immatriculés ou ayant pris au moins une inscription.	Etudiants n'ayant pas pris d'inscription, mais ayant subi au moins un examen.	Etudiants n'ayant accompli aucun acte scolaire, mais dont les inscriptions ne sont pas périmées.	Nombre total d'étudiants.	Reçus aux grades ou partis en 1903-1904	Nombre d'étudiants restant à la fin de l'année scolaire 1903-1904.
Doctorat						
1re année.	64	»	(A)87	151	11	140
2e —	129	1	86	(B)216	41	175
3e —	126	3	25	154	13	141
4e —	122	9	16	147	3	144
5e —	34	131	16	181	141	40
Officiat.	»	»	2	2	2	»
Sages-femmes.	(C)28	10	»	38	10	27
Chirurgiens-dentistes	(D) »	»	»	»	»	»
Médecin colonial.	24	»	»	24	10	14
Pharmacie 1re classe.						
1re année.	28	1	1	30	»	30
2e —	33	1	1	35	1	34
3e —	26	13	8	47	21	26
Diplôme supérieur.	»	»	5	5	5	»
Doct. de l'Université.	7	»	11	18	4	14
Pharmacie 2e classe.						
1re année.	27	5	5	37	4	33
2e —	41	4	9	54	»	54
3e —	17	27	7	50	23	27
Herboristes.	14	»	»	14	8	6
Totaux.	719	205	279	1203	297	906

Inscriptions 1903-1904.

Inscriptions trimestrielles

Doctorat, civils	983	
— marins	603	
Officiat	»	
Pharmacie 1re classe, civils	281	2.242
Pharmacie 1re classe, marins	55	
Pharmacie 1re classe, militaires	8	
— 2e classe	312	

Inscriptions trimestrielles

Médecine (Elèves des écoles annexes de la marine, etc.)	342	
Pharmacie	»	358
Prises par les Officiers de santé postulant le diplôme de docteur	16	
Total		2.600

Examens de tous grades.

Examens de fin d'année

Officiat	»	
Pharmacie de 1re classe	87	
— de 2e classe	89	204
Examen de validation de stage, 1e classe.	16	
» » 2e classe.	12	

(A) Dont la plupart, élèves des écoles annexes de la marine, vont entrer en 2e année.

(B) Dont un certain nombre d'élèves des écoles annexes de la marine non admis à l'école principale de Bordeaux (élèves pourvus de 4 inscriptions partis pendant l'année scolaire).

(C) 28 élèves sages-femmes immatriculées, faisant leurs études à la Faculté. (30 sages-femmes des maternités sont en outre venues subir leurs examens à la Faculté.)

(D) Pour mémoire : 23 aspirants dentistes ayant subi des examens à la Faculté.

Examens probatoires.

Report		204
Doctorat civils (Médecine)	665	
— marins	402	
Officiat	»	
Chirurgiens-dentistes	61	
Sages-femmes de 1e classe	20	
— de 2e classe	44	
Diplôme supérieur de 1e classe (Pharm)	»	
Pharmaciens de 1re classe	92	1.409
— de 2e classe	101	
Herboristes de 1re classe	7	
— de 2e classe	2	
Diplômes universitaires.		
Doctorat de l'Université (Pharmacie)	11	
Médecin colonial	10	
Doctorat de l'Université (Médecine)	4	
Pharmacien de l'Université	»	
Total		1.613

Nombre de thèses.

Thèses soutenues pendant l'année scolaire 1903-1904.

Doctorat	135
Doctorat de l'Université (Médecine)	1
Diplôme supérieur de pharmacien	»
Doctorat de l'Université (pharmacie)	4
Total	140

Diplômes conférés.

Diplômes d'Etat.

Doctorat	135
Officiat	»
Chirurgiens-dentistes	18
Sages-femmes de 1re classe	7
— de 2e classe	16
Diplôme supérieur de pharmacien de 1re classe	»
Pharmaciens de 1re classe	19
— de 2e classe	22
Herboristes de 1re classe	7
— de 2e classe	1
Diplômes universitaires.	
Doctorat de l'Université (Médecine)	1
Médecin colonial	10
Diplôme de Doctorat de l'Université « Pharmacie »	4
Pharmacien de l'Université	»
Total	240

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE.

Extrait des statistiques publiées pour les trimestres de janvier 1903-janvier 1904.

I. — *Nombre d'inscriptions délivrées au 15 du mois de janvier 1903.*

UNIVERSITÉS	Droit	Médecine	Sciences	Lettres	Pharmacie	Total
Paris	2.879	1.587	554	326	606	5.952
Bordeaux	399	393	115	32	153	1.092
Lille	142	117	60	13	108	440
Lyon	242	527	149	22	169	1.109
Montpellier	226	331	189	19	95	860
Nancy	141	137	88	13	46	425
Toulouse	457	224	131	17	105	934

II. — *Nombre d'inscriptions délivrées au 15 du mois de janvier 1904.*

UNIVERSITÉS	Droit	Médecine	Sciences	Lettres	Pharmacie	Total
Paris	3.086	1.330	704	358	668	6.106
Bordeaux	426	378	157	29	165	1.155
Lille	199	148	83	24	117	571
Lyon	278	532	176	27	141	1.154
Montpellier	235	297	165	45	104	846
Nancy	151	141	97	15	58	462
Toulouse	513	231	134	27	90	995

Bordeaux, le 31 octobre 1904.

Mon cher rédacteur en chef.

Ma correspondance, cette année, sera brève, car nous nous trouvons encore en pleine période de provisoire. Tant que le transfert des services de la Faculté, installés à Saint-Raphaël, ne sera pas effectué, il restera encore beaucoup à faire. Un incendie survenu précisément dans ces locaux, le 8 février dernier, se serait peut-être chargé de mettre tout le monde d'accord, s'il les avait réduits à néant ; seules, les Cliniques d'accouchements et ophtalmologiques furent détruites partiellement, ce qui a permis, en peu de temps, de mettre les locaux en état. Cependant, on discute encore au sujet de leur réinstallation définitive et on se demande si la clinique d'accouchements qui fonctionne jusqu'à nouvel ordre à l'Hospice général et Pellegrin (Pavillon des convalescents) ne sera pas définitivement placée dans un nouvel établissement à construire sur l'un des emplacements à l'étude. J'espère, l'année prochaine, pouvoir vous indiquer une solution que nous avons d'autant plus de raisons d'espérer que la Faculté de médecine a de nouveau fait appel au Professeur Pitres comme doyen. Avec sa haute compétence administrative, que tous ont pu apprécier pendant de nombreuses années, avec la fermeté et le jugement si impeccable que nous connaissons à cet éminent maître, nous sommes assurés que tout ira bien et vite.

Veuillez agréer, mon cher rédacteur en chef, l'assurance de mes sentiments devoués. E. B.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux

Concours pour la place de chef de clinique ophtalmologique. — Un concours pour la place de chef de clinique ophtalmologique sera ouvert à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux le lundi 28 novembre 1904 à 10 heures et demie du matin. Les chefs de clinique sont nommes pour un an ; toutefois, sur la proposition du Professeur et après avis favorable de la Faculté, ils peuvent être maintenus en exercice pendant deux autres années. Le traitement de début est de 1,000 francs. Les candidats non proposes pour la place de chef de clinique titulaire, mais qui auraient cependant subi avantageusement les épreuves du concours, pourront être nommés chefs de clinique adjoints. Les chefs de clinique adjoints remplacent les titulaires momentanément absents ; en cas de vacance dans le cours d'une année, ils peuvent être délégués dans les fonctions de chef de clinique jusqu'à la fin de l'année scolaire.

Conditions de concours. — Est admis à concourir tout docteur en médecine de nationalité française qui n'est pas âgé de plus de 34 ans le jour de l'ouverture du concours. Les candidats pourront se faire inscrire jusqu'au jeudi 24 novembre à midi, en produisant leur acte de naissance et leur diplôme de docteur en médecine. Les épreuves consisteront: 1° en une composition écrite sur un sujet d'anatomie et de physiologie et de pathologie oculaire (quatre heures sont accordees pour la rédaction) ; 2° en une dissertation orale de vingt minutes de durée après trois heures de recherches sur un sujet d'anatomie pathologique, de chimie pathologique ou bacteriologique ; ces deux premières épreuves sont eliminatoires ; 3° en une leçon clinique d'une demi-heure de durée, sur deux malades, après une demi-heure d'examen et une demi-heure de réflexion.

Nota. - Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou chirurgien des hôpitaux, de chef interne, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Numéro des étudiants.

La *Gazette médicale de Nantes* du 29 octobre a publié sous ce titre un numéro consacré exclusivement à l'école de plein exercice de Nantes, aux hôpitaux et hospices, aux sociétés médicales de la ville.

Val-de-Grâce.

Concours de médecin aide-major des troupes coloniales.

(Val-de-Grâce, 1er décembre 1904.)

Le Ministère de la Guerre ouvre un concours pour des emplois de médecin stagiaire des Troupes coloniales le 1er décembre prochain. Les candidats doivent avoir moins de 32 ans et être pourvus du diplôme de docteur en médecine. Après 3 mois de stage au Val-de-Grâce, les élèves reçus seront nommés aides-majors de 2e classe et feront partie du corps de santé des troupes coloniales. Ce corps de santé, organisé dans les mêmes conditions que le corps de santé métropolitain, comporte les mêmes grades, les mêmes avantages matériels et relève aussi du département de la Guerre. Les médecins des troupes coloniales, au nombre de 570, assurent alternativement le service des troupes coloniales en France et aux colonies ; ils remplissent en outre de nombreuses fonctions accessoires qui leur sont confiées soit par le ministère des affaires étrangères, soit par celui des colonies, soit par l'Institut Pasteur (postes consulaires de Chine, de Perse, de Constantinople, etc... services pénitentiaires de Guyane et de Nouvelle-Calédonie, services des quarantaines et de la santé, écoles de médecine indigènes de Tananarive, Hanoï, Saïgon ; Instituts Pasteur de Saïgon, Hanoï, Nhatrang, Saint-Louis, Tananarive, etc.)

En France, les médecins des troupes coloniales ont la même solde que les médecins des troupes métropolitaines, aux colonies, leur solde est double et fréquemment augmentée de suppléments divers pour les services civils qu'ils remplissent ; à leur départ de France ils touchent une indemnité d'entrée en campagne égale à un mois de solde ; dans la plupart des postes ils ont le droit d'emmener leur famille qui voyage gratuitement.

Le corps de santé des troupes coloniales ayant été sensiblement augmenté au moment de la réorganisation des troupes coloniales, l'avancement y est assez rapide ; les aides-majors de 1re classe sont promus présentement majors de 2e après 4 ou 5 ans de grade, ceux-ci passent au grade de major de 1re classe après 5 ou 6 ans. La retraite est acquise après 25 ans de services, 4 ans étant accordés à titre d'études préliminaires, il suffit en réalité de 21 ans de services pour jouir d'une retraite qui, avec les campagnes acquises varie de : 8.000 francs, médecin inspecteur ; 6.000 francs, médecin principal ; 4.000 francs, médecin-major de 1re classe.

Les jeunes gens qui n'ont pas l'intention de faire leur carrière entière dans le corps de santé des troupes coloniales, peuvent démissionner après 6 années de services. Pendant ces six ans, ils ont joui de tous les agrements de la vie coloniale et fait à travers le monde les voyages les plus beaux et les plus variés, en même temps ils ont acquis dans les hôpitaux, dans les corps de troupes et dans la clientèle civile, l'expérience des malades et ils peuvent sans crainte s'installer dans n'importe quel centre, en France, à l'étranger ou aux colonies. Le concours de cette année doit être particulièrement important, de nombreux emplois nouveaux ont été créés aux colonies et le nombre des candidats à admettre sera élevé. Cette voie est la seule qui permette aux docteurs en médecine d'entrer immédiatement dans le corps de santé des troupes coloniales, tous les autres officiers de ce corps sont recrutés dans les écoles de médecine militaire de Lyon et de Bordeaux.

Les épreuves à subir sont les suivantes :

I. — *Pour les docteurs en médecine.* — 1° Composition écrite sur un sujet de pathologie générale ; 2° Examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ; 3° Epreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ; 4° Interrogation sur l'hygiène.

II. — *Pour les pharmaciens de 1re classe.* — 1° Composition écrite sur une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale ; 2° Interrogations sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle et la pharmacie ; 3° Préparation d'un ou plusieurs médicaments inscrits au Codex et détermination de substances diverses (minéraux usuels,

drogues simples, plantes sèches ou fraiches, médicaments composés) ; 4° Epreuve de chimie analytique : Recherche des acides et des bases renfermés dans deux ou plusieurs sels solides ou dissous.

L'appréciation de chacune des épreuves, écrites et orales, est estimée par un chiffre compris entre 0 et 20. Les notes obtenues par les candidats sont multipliées par des coefficients fixés ainsi qu'il suit :

Médecins. Composition écrite, 12 ; Examen clinique, 15 : Médecine opératoire, 12 ; Interrogation sur l'hygiène, 10.

Pharmaciens. — Composition écrite, 12 ; Interrogation sur la physique et la chimie, 10 ; Interrogation sur l'histoire et la pharmacie, 10 ; Préparation, 12 ; Epreuve de chimie analytique, 15.

Une majoration de 150 points est accordée aux anciens internes reçus au concours dans les hôpitaux des villes ayant une Faculté de médecine et de 100 points aux lauréats des Facultés.

Les demandes d'admissions au concours devront être adressées avec les pièces à l'appui au Ministre de la guerre (Direction des troupes coloniales, 3e Bureau) avant le 15 novembre prochain.

Les pièces à fournir sont :

I. — *Avant le concours.* — 1° Acte de naissance établi dans les formes prescrites par la loi ; 2° Diplôme, ou à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe (cette pièce pourra n'être produite que le jour de l'ouverture des épreuves) ; 3° S'il y a lieu, certificats dûment légalisés permettant de constater que les candidats sont lauréats de Faculté ou ont été reçus aux concours d'internes des hôpitaux ; 4° Certificat d'aptitude au service militaire, établi l'année du concours ; 5° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire, ou état signalétique et des services ; 6° Indication du domicile où sera adressé, en cas d'admission, la commission de stagiaire. Les dossiers des candidats non reçus seront renvoyés par l'intermédiaire des maires des communes indiquées dans la pièce n° 6.

II. — *Après l'admission.* — Engagement de servir pendant six ans au moins, au titre de l'activité, dans le corps de santé des troupes coloniales à partir de la nomination au grade d'aide-major de 2e classe. Les médecins et pharmaciens stagiaires reçoivent, au moment de leur nomination, un brevet les liant au service dans les conditions du paragraphe Ier de l'article 30 de la loi du 15 juillet 1889. Les médecins et pharmaciens stagiaires suivent pendant un an les cours de l'Ecole d'application. Ils portent l'uniforme du corps de santé des troupes coloniales avec les marques distinctives adoptées pour les stagiaires du corps de santé métropolitain. Ils reçoivent la solde afférente au grade d'aide-major de 2e classe et il leur est accordé une première mise d'équipement de 350 francs reversible au Trésor en cas de licenciement, démission, non-obtention du grade d'aide-major de 2e classe, ou non-accomplissement des six années effectives de service à partir de la nomination à ce grade. Les stagiaires qui ont satisfait aux examens de sortie sont nommés aides-majors de 2e classe des troupes coloniales. Ceux qui n'auront pas satisfait auxdits examens seront licenciés.

THÉRAPEUTIQUE

L'emploi thérapeutique de l'Hélénine dans les hôpitaux.

« J'ai expérimenté l'Hélénine à l'hôpital sur un certain nombre de malades, dit Audhoui, médecin des hôpitaux, dans la *Thérapeutique contemporaine* (avril 1882). Le malade rend moins de crachats, expectore plus aisément, respire mieux, voit la toux diminuer, et, par conséquent, disparaître la douleur de poitrine, l'agitation, l'insomnie. » Et Chéron, médecin à l'hôpital Saint-Lazare, ajoute dans sa *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes* que l'action de l'Hélénine est immédiate.

L'Hélénine s'administre à la dose de 2, 3, ou 4 globules, du Dr de Korab, par jour.

Hôpitaux.

Hôtel-Dieu d'Orléans. — Concours pour l'internat, *le mardi 13 décembre prochain, à 2 heures 1/2 pour 3 places d'interne titulaire et 5 places d'Interne provisoire.* — L'unique épreuve de ce concours consiste en une composition écrite sur deux sujets tirés au sort : une question d'anatomie courante et une question classique de pathologie interne ou externe. (Questions ordinaires du concours d'externat des Hôpitaux de Paris). Voir ces questions plus haut, p. 318. Deux heures sont accordées pour cette composition. L'entrée en fonctions aura lieu le 1er janvier prochain. Les internes titulaires reçoivent, outre la nourriture, le logement, le chauffage et l'éclairage, une somme annuelle de 400 francs (et des gratifications quand il y a lieu). Les internes provisoires sont appelés à suppléer les titulaires malades ou en congé, et à remplacer ceux qui viendraient à faire défaut avant le premier janvier de l'année suivante. Ils reçoivent les mêmes avantages que les internes titulaires pendant qu'ils en remplissent les fonctions. Les internes titulaires sont nommés pour deux ans, les internes provisoires sont nommés pour un an, mais peuvent se présenter aux concours ultérieurs. Sont admis au concours tous les étudiants en médecine ayant au moins quatre inscriptions. Pour s'inscrire au concours et pour tous les renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices d'Orléans. N. B. Toutes facilités sont accordées aux internes pour les dissections et la médecine opératoire. Pendant les vacances des élèves Sages-Femmes, les internes sont chargés d'assurer le service de la Maternité.

Hospices de Nimes. — *Concours pour des places d'élèves internes.* — Le maire de Nimes donne avis qu'il sera ouvert, le mercredi 7 décembre prochain, devant la Commission administrative des hospices, assistée de MM. les médecins et chirurgiens, un Concours pour les places d'élèves internes. Les candidats devront déposer, avant le 20 novembre, au Secrétariat des hospices, leur demande accompagnée du bordereau de leurs inscriptions, d'un certificat de bonnes vie et mœurs délivré récemment par le maire de leur résidence et d'un certificat de régularité d'études et de bonne conduite émanant d'un doyen d'une Faculté ou directeur d'une Ecole de Médecine, et contenant la mention des notes obtenues aux différents examens. Ils devront avoir acquis au moins douze inscriptions de doctorat ancien régime, ou huit inscriptions nouveau régime. Les candidats reconnus par la Commission admissibles à concourir en seront individuellement prévenus avant l'époque du Concours.

Le Concours comprendra : 1° Epreuve écrite, une question de médecine et une question de chirurgie. Un délai de 4 heures sera accordé pour la rédaction. — 2° Epreuve orale : 1° Une question d'anatomie à développer en cinq minutes après dix minutes de réflexion ; 2° Question orale de médecine et chirurgie pratique appliquée au service de garde, à développer en dix minutes après quinze minutes de réflexion.

Les candidats qui auront subi les épreuves avec succès seront classés et désignés suivant leur ordre de classement pour remplir les places vacantes et celles qui le deviendront. Quatre places seront disponibles le 1er janvier 1905.

Les élèves internes sont logés, chauffés et éclairés par les hospices. Ils reçoivent un traitement de deux cent cinquante francs la première année et de trois cents francs la seconde année ; en outre, une indemnité mensuelle de nourriture de quatre-vingt francs. Les élèves internes sont chargés, à tour de rôle, des fonctions de répétiteur du cours d'accouchement. Une indemnité de cent francs par an est allouée à ce répétiteur par le Conseil général du Gard.

La durée de l'internat est de deux ans. L'attribution du service de l'hospice d'Humanité, de la Maternité et de la Crèche est dévolue par rang d'ancienneté, et à tour de rôle pendant quatre mois, à un interne de seconde année. Les élèves internes doivent se conformer à toutes les dispositions du règlement des hospices et aux modifications qui pourront y être apportées par la Commission administrative.

Asiles d'aliénés de la Seine. — *Concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine. Asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Evrard, Villejuif et Maison-Blanche, et l'infirmerie spéciale des aliénés à la préfecture de police.*

Le samedi 3 décembre 1904, à deux heures précises, il sera ouvert, à la Préfecture de la Seine, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine dans lesdits établissements. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel-de-ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à midi et de deux heures à cinq heures, du mercredi 2 au mercredi 16 novembre 1904 inclusivement. (Voir p. 324.)

ENFANTS-MALADES. *Clinique infantile.* — M. le Dr VARIOT commencera ses conférences le mardi 8 novembre, à 10 h. 1/2, salle Gillette. Elles seront continuées les mardis de chaque semaine à la même heure. — Chaque vendredi à 9 h. 1/2, le Dr Variot donne ses conférences pratiques d'hygiène infantile à la « Goutte de lait » de Belleville, 126, boulevard de Belleville. — Une centaine de nourrissons sont pesés et inspectés.

CONCOURS DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE TOULOUSE. — Ce concours s'est terminé par la nomination, comme internes titulaires : de MM. Randet, Voidenel, de Verbizier, Clermont, Ortel (*ces deux derniers ex-æquo*); comme internes provisoires : de MM. Lafont, Armaing, Charrazac. Vu le nombre des points obtenus par M. Lafont, le jury a émis le vœu qu'une place d'interne titulaire soit attribuée à ce candidat et que, comme conséquence, M. Galmel soit nommé interne provisoire.

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Questions posées* : Séance du 28 octobre. *Pathologie* : Anthrax.—Séance du 26 octobre. *Anatomie* : Nerf Cubital.

HOSPICES CIVILS DE MARSEILLE. — *Concours pour la nomination à quatre places d'élèves internes en pharmacie des hospices civils de Marseille.* — Un concours pour la nomination à quatre places d'élèves en pharmacie des hôpitaux civils de Marseille sera ouvert le lundi 12 décembre 1904, à trois heures de l'après-midi, dans l'Amphithéâtre des Concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille. Les élèves qui voudront concourir devront se faire inscrire au Secrétariat de l'Administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, de 9 heures à midi et de 3 heures à 5 heures du soir, jusqu'au 5 décembre inclusivement.

Conditions de l'admission au concours et formalités à suivre : Tout aspirant devra être âgé de 18 ans au moins et de 48 ans au plus, être Français ou naturalisé Français. Il devra produire : 1° Son acte de naissance ; 2° un certificat de vaccine (1) ; 3° un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le Maire de la commune; 4° le certificat de validation de son stage et des certificats de pharmaciens constatant qu'il a fait trois ans de stage, dont un an au moins dans une même pharmacie ; ces derniers certificats doivent, sous peine de nullité, être légalisés et indiquer quelle a été la conduite de l'élève pendant son séjour dans les pharmacies. — *Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes ne peut être accueillie.* — Le jury du concours est formé dès que la liste des candidats a été close ; il se compose : de deux professeurs de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie ; d'un pharmacien de 1re classe de la ville et de deux pharmaciens en chef des Hôpitaux.

Muséum d'histoire naturelle.

COURS D'ANATOMIE COMPARÉE (M. Edmond PERRIER, professeur). — M. le Docteur H.-P. GERVAIS, assistant, dirigera les travaux de recherches anatomiques ainsi que les travaux pratiques (dissection de l'homme, des principaux types de vertébrés et d'invertébrés), qui, avec le concours du docteur R. ANTHONY, attaché à la chaire, se feront tous les jours au laboratoire. Le docteur H.-P. GERVAIS traitera dans un cours public, qui aura lieu dans l'amphithéâtre des Nouvelles Galeries, rue de Buffon, n° 2, des *caractères anatomiques de l'homme et des singes.* Ce cours, qui commencera le lundi 6 février 1905 à deux heures et demie, se continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. Les leçons du mercredi seront consacrées à des démonstrations, qui se feront soit dans les Galeries, soit dans le laboratoire d'anatomie, rue de Buffon, n° 55. M. le docteur Auguste PETTIT, attaché à la chaire, a commencé, le 18 octobre 1904, des conférences pratiques d'histologie comparée et les continuera les mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, à deux heures. Le laboratoire d'anatomie comparée (recherches anatomiques et histologiques) est ouvert, tous les jours, de dix heures à cinq heures. S'inscrire d'avance pour ces travaux et conférences, l'après-midi, au laboratoire d'anatomie comparée, rue de Buffon, n° 55, auprès du professeur.

Conférences aux malades des hôpitaux.

La Section des Hôpitaux et Prisons de la Société Rép. des conférences populaires, placée sous le patronage de M. Mesureur et dirigée par M. Lucien Graux a pu organiser cette année 122 conférences suivies de concerts dans les hôpitaux de Paris et de province. C'est là une œuvre philanthropique qui ne saurait laisser indifferents nos lecteurs et nous les engageons vivement à prêter leur concours à cette société soit comme conférenciers, soit comme délégués. S'adresser pour tous renseignements (Paris ou province) au directeur: M. Lucien Graux, 95 av. Kléber, Paris. On peut également écrire pour les hôpitaux de Paris au délégué général, M. Danoux, 139, rue de Vaugirard, Paris, et pour ceux de la banlieue, à M. Fournier, 46, rue de Verneuil, Paris. Le Secrétariat des « Conférences populaires » fonctionne, 7, rue de l'Isly, le lundi et le jeudi, de 5 h à 7h. 1/2,

(1) Ce n'est pas un certificat de vaccine qui devrait être réclamé mais un certificat de *revaccination.*

NOUVELLES

NATALITÉ DE PARIS. — Du dimanche 16 octobre au samedi 22 octobre 1904, les naissances ont été au nombre de 1.027, se décomposant ainsi : légitimes 749, illégitimes 278.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 810, savoir : 405 hommes et 405 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 4. — Typhus exanthematique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 1. — Rougeole : 2. — Scarlatine : 1. — Coqueluche : 4. — Diphtérie et Croup : 0. — Grippe : 2. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies epidemiques : 1. — Tuberculose des poumons : 194. — Tuberculose des méninges : 20. — Autres tuberculoses : 6. — Cancer et autres tumeurs malignes : 53. — Méningite simple : 12. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 42. — Maladies organiques du cœur : 61. — Bronchite aiguë : 9. — Bronchite chronique : 19. — Pneumonie : 26. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 65. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 5. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 2 ; autre alimentation : 25. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 5. — Hernies, obstruction intestinale : 9. — Cirrhose du foie : 11. — Néphrite et mal de Bright : 16. — Tumeurs non cancereuses et autres maladies des organes genitaux (femmes) : 3. — Septicemie puerpérale (fievre, peritonite, phlebite puerperale) : 2. — Autres accidents puerperaux de la grossesse et de l'accouchement : 2. — Débilite congenitale et vices de conformation : 28. — Debilite senile : 41. — Morts violentes : 22. — Suicides : 7. — Autres maladies : 108. — Maladies inconnues ou mal définies : 9.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 42, qui se décomposent ainsi : légitimes 28, illégitimes 14.

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. le Dr IMBERT, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé professeur de clinique chirurgicale en remplacement de M. le Pr Combalat.

ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER. — M. CURTILLET, professeur de clinique des maladies des enfants, est nommé directeur, pour trois ans, à partir du 1er novembre 1904.

FACULTÉ DES SCIENCES DE GRENOBLE. — M. BAGARD, docteur ès sciences, maître de conférences de physique à la Faculté des sciences de l'Université de Dijon, est chargé, sur sa demande, pour l'année scolaire 1904-1905, d'un cours de physique à la Faculté des sciences de l'Université de Grenoble.

FACULTÉ DE MEDECINE DE NANCY. — M. WEBER, agrégé, est nommé, en outre, pour l'année scolaire 1904-1905, chef du laboratoire d'anatomie normale.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS. — Un congé, pour l'année scolaire 1904-1905, est accordé, sur sa demande, et pour raisons de santé, à M. Delagénière, professeur de clinique chirurgicale. — M. BARNSBY, suppléant des chaires de pathologie et cliniques chirurgicales, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1904-1905 d'un cours de clinique chirurgicale.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. COTTON, docteur ès sciences, est chargé, à partir du 1er novembre 1904, d'un cours de physique. — Mme CURIE, docteur ès sciences, est nommée, à partir du 1er novembre 1904, chef des travaux de physique (chaire de M. Curie).

FACULTÉ DES SCIENCES DE DIJON. — M. PIONCHON, professeur de physique à la Faculté des Sciences de l'Université de Grenoble, est chargé, sur sa demande, pour 1904-1905, d'un cours de physique à la Faculté des sciences de l'Université de Dijon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. WEBER, agrégé, est nommé, en outre, pour l'année scolaire 1904-1905, chef du laboratoire d'anatomie normale.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'AMIENS. — M. TRÉPANT, professeur de pathologie médicale, est nommé professeur honoraire. — M. BERNARD, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1904 1905, d'un cours de clinique médicale. — M. DESCAMPS, ancien suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé, pour l'année scolaire 1904-1905, d'un cours de pathologie médicale.

Faculté de médecine de Paris. — Par décret en date du 1er novembre 1904, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, M. Reclus, professeur d'opérations et appareils à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique chirurgicale à ladite faculté.

Faculté de médecine de Lyon. — Par décret en date du 1er novembre 1904 rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, M. Augagneur, professeur de pathologie externe à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à ladite faculté.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de technique des Autopsies.

Par MM. Bourneville et Bricon. Librairie du *Progrès médical*. — Prix : broché, 2 fr. 50. Pour nos abonnés, 2 fr. ; relié, 3 fr. Pour nos abonnés, 2 fr. 50.

« Les internes et les externes des hôpitaux, dit notre ami le Pr Brouardel, ont seuls eu l'occasion, avant de se livrer à la pratique de la médecine, de faire des autopsies. Dans les hôpitaux, le plus souvent, l'autopsie a pour but de déterminer la nature de la maladie pour laquelle le malade a été soigné, de contrôler le diagnostic. Elle est donc souvent très incomplète. Sans insister sur les différences et les difficultés de l'autopsie médico-légale, on peut dire que peu de médecins, même les plus instruits, sont en état de distinguer toutes les lésions développées sous l'influence de la maladie, de celles qui auraient pu être provoquées par une intoxication ». C'est pour aider à combler la connaissance insuffisante de la pratique des autopsies que nous avons composé le *Manuel technique des autopsies*, le faisant aussi complet que possible en un petit nombre de pages et en le rendant commode par son format. Voici l'appréciation qu'en a donnée un homme absolument compétent en la matière, M. le Pr Cornil :

« MM. Bourneville et Bricon ont eu l'excellente idée de publier un *Manuel de technique des autopsies*, clair, concis, bien fait, renfermant tout ce qui est nécessaire pour guider un étudiant, un externe ou interne, ou un médecin des hôpitaux, dans la pratique des nécropsies. C'est un *vade-mecum* indispensable de la salle d'autopsie, car, là, rien ne doit être laissé à l'imagination.

« Le Manuel de MM. Bourneville et Bricon vient donc bien à son heure ; il est de la plus grande utilité pour tous ceux qui veulent apprendre la technique des autopsies. Il suit presque partout les indications formulées par Wirchow ; mais, chemin faisant, il indique aussi quelques-uns des procédés de l'Ecole de Vienne et, à propos du cerveau, il donne les méthodes de section de M. Pitres. » (*Journ. des Connaissances méd.*).

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. — Compte-rendu du service des enfants idiots, épileptiques, arriérés et aliénés de Bicêtre, pendant l'année 1902 ; par Bourneville, avec la collaboration de MM. Ambard, Berthoud, Blumenfeld, Boyer (J.), Crouzon, Lemaire, Morel (L.), Oberthur, Paul-Boncour, Philippe et Poulard. Vol. in-8 de CXX-304 p., avec 38 figures et 10 planches. Prix : 7 fr., pour nos abonnés.......... 5 fr.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères, Clermont (Oise).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.





AVIS AUX AUTEURS ET AUX ÉDITEURS

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs, que tous les ouvrages dont il nous sera adressé **deux exemplaires** seront annoncés et analysés (s'il y a lieu). **Un seul exemplaire** donne droit seulement à l'annonce. Les ouvrages doivent être adressés au Rédacteur en chef, 14, r. des Carmes.

Grande Librairie Médicale A. MALOINE

BIBLIOTHÈQUE DE L'ÉTUDIANT (Suite)

Aide-mémoire de **pathol. interne**, 1899, 3 vol.
Aide-mémoire de **pathol. externe**, 1903, 1 vol.
Aide-mémoire de **chirurgie des régions**, 1898, 2 vol.
Aide-mémoire de **méd. opératoire**, 1904, 1 vol.
Aide-mémoire d'**anatomie topogr.**, 1894, 1 vol.
Aide-mémoire d'**anatomie pathologique**, 1898, 1 vol.
Aide-mémoire d'**accouchements**, 1898, 1 vol.
Aide-mémoire de **bactériologie**, 1901, 1 vol.
Chaque volume in-18, cart. 3 fr., net 2 fr. 75

LEJARS. Chirurgie d'urgence, 4e éd., revue et augmentée, avec 820 fig., dont 178 dessinées d'après nature et 167 phot. originales, 16 pl. col., in-8 relié toile, 1904, 30 fr., net 27 fr.
LETULLE. Anatomie pathologique. Cœur, vaisseaux, poumons, avec 102 fig. dont 31 en couleurs, gr. in-8, 1897, 22 fr., net 20 fr.
LHOBAMAR. Petit Précis de **Parasitologie**, in-18, avec figure, 1902, 1 fr. 50, net 1 fr. 35
MACÉ. Traité pratique de **bactériologie**, 5e édition mise au courant des travaux les plus récents, in-8, cart., avec 361 fig., n. et col., 1904, 25 fr., net 22 fr. 50
MANOIN. Précis de **technique microscopique** et bactériologique. Préface de Mathias Duval, in-18, 1896, 3 fr., net 2 fr. 75
MARION. Manuel de **technique chirurgicale des opérations courantes**, 2e édit., revue et augmentée d'une partie nouvelle concernant la technique de l'application des appareils, in-8, 1904 avec 626 fig., 8 fr., net 7 fr.
MOYNAC. Manuel de **pathologie générale** et de diagnostic.
6e édition, revue et augmentée par Hillemand, 2 vol. in-8, 1903, 12 fr., net 10 fr. 50
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie animale à l'usage des candidats au 3e examen de doctorat, 2e part., préface du prof. Blanchard, in-18 cart. avec 301 fig., 1904, 4 fr., net 3 fr. 50
NICOLLE. Éléments de **microbiologie générale**, 1900, in-18, avec fig., 4 fr., net 3 fr. 50
PETIT et BORNE. Manuel pratique de **bactériologie, parasitologie, urologie, anatomie pathologique** avec fig., in-18, 1902, 3 fr., net 2 fr. 75
POLLOSSON. Précis de **médecine opératoire**, manuel d'amphithéâtre, 2e éd., 1904, avec 144 fig., 6 fr., net 5 fr. 25
Précis de technique opératoire, par les Prosecteurs de la Faculté de médecine de Paris. Sept volumes petit in-8, avec nombreuses figures, la plupart originales. Chaque volume est vendu séparément, cart. toile, 4 fr. 50, net 4 fr.
Tête et cou, par Ch. Lenormant. Un volume illustré de 197 figures.
Thorax et membre supérieur, par A. Schwartz. Un volume illustré de 197 figures.
Abdomen, par M. Guibé. Un volume illustré de 179 figures.
Appareil urinaire et appareil génital de l'homme, par Pierre Duval. Un volume illustré de 216 figures.
Pratique courante et chirurgie d'urgence, par Victor Veau. Un volume avec nombreuses figures.
Membre inférieur, par G. Labey. Un volume, avec nombreuses figures, 1904, 4 fr. 50, net 4 fr.
Appareil génital de la femme, par Robert Proust. Un volume avec nombreuses figures, 1904, 4 fr. 50, net 4 fr.
RECLUS, KIRMISSON, PEYROT, BOUILLY. Manuel de **pathologie externe**, 1902-1903, 4 vol. in-8, avec fig., 40 fr., net 36 fr.
ROGER. Introduction à **l'étude de la médecine**, leçons faites à la Faculté de Paris, 2e édition revue et augmentée, in-8, 1904, 9 fr., net 8 fr.
Cartonné, 10 fr., net 9 fr.
SÉBILEAU (Dr Pierre), professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux. **Leçons de chirurgie** faites à l'hôpital Cochin, 1 vol. in-18, 1899, 3 fr. 50, net 3 fr.
Tableaux synoptiques de **Pathologie externe**, par le **Dr Villeroy**, in-8 cart., 1899, 5 fr. net 4 fr. 50
Tableaux synoptiques d'**anatomie topographique et chirurgicale** à l'usage des étudiants et des praticiens, par **Boutigny**, in-8 avec 117 figures, 1901, 6 fr.: net 5 fr. 25
Tableaux synoptiques d'**exploration médicale des organes**, par Champeaux, in-8, cart., 1902, 5 fr., net 4 fr. 50
Tableaux synoptiques de **Pathologie générale**, par le Dr Coutance, in-8 cart., 1899, 5 fr., net 4 fr. 50
Tableaux synoptiques de **diagnostic séméiologique et différentiel**, par le Dr Coutance, in-8, cart., 1899, 5 fr., net 4 fr. 50
Tableaux synoptiques de **médecine opératoire**, par Lavarède, in-8, cart., 1900, avec 150 fig., 6 fr., net 5 fr. 25
TARNIER, CHANTREUIL et BUDIN. Traité de l'art des **accouchements**, 4 vol. gr. in-8, 1886-1901, 54 fr., net 45 fr.
THIÉRY (Dr). Précis **d'assistance aux opérations**, préparation du malade et des instruments. Préface du professeur Verneuil, in-18, 1892, cart., 5 fr., net 4 fr. 50
THOINOT et MASSELIN. Précis de **microbie technique et microbes pathogènes**, in-18, avec 210 fig., n. et col., 1902, 8 fr., net 7 fr.
TILLAUX. Traité **d'anatomie topographique** avec applications à la chirurgie, 11e éd., in-8, 1903, avec fig., 26 fr., net 23 fr.
Cartonné, 28 fr., net 25 fr.
WURTZ. Précis de **bactériologie clinique**, in-18, 1897, avec fig., 6 fr., net 5 fr. 25

Pour les élèves de 3e année : Exercices d'anatomie pathologique et de parasitologie, en hiver. — Exercices de chimie pathologique et de médecine opératoire, en été.

QUATRIÈME EXAMEN

Thérapeutique. — Hygiène. — Médecine légale. — Matière médicale. — Pharmacologie.

ARNOULD (J.). Nouveaux **éléments d'hygiène**, 4e édition, entièrement refondue, par le Dr E. Arnould, 1902, gr. in-8, avec 238 fig., cart., 20 fr., net 18 fr.
ASTRUC. Thérapeutique. Nouvelle méthode pour l'étudier et la retenir facilement, in-8, 1902, 4 fr. 50, net 4 fr.
BOUCHARDAT. Nouveau **Formulaire magistral**, 33e éd., 1904, in-18 cart., 4 fr., net 3 fr. 50
BRISSEMORET et JOANIN. Les **drogues usuelles**. Préf. du prof. Pouchet, in-18, 1898, 7 fr., net 6 fr.
CHAPUIS (A.). Précis de **toxicologie**, 1897, in-18, avec 64 fig., 9 fr., net 8 fr.
DEBOVE et GOURIN. Formulaire de **thérapeutique et pharmacologie**, in-32, rel. souple, 1901, 6 fr., net 5 fr. 25
DUPUY (Professeur à la Faculté de médecine et de pharmacie de Toulouse). **La formule médicale. Principes généraux de pharmacologie sur lesquels reposent sa rédaction et son exécution**, in-18, rel. souple, 1897, 4 fr., net 3 fr. 50
GILBERT et YVON. Formulaire. Ancien Formulaire Beaumetz, 16e édition, 1904, in-18, cart., 4 fr., net 3 fr. 50
GUIRAUD. Manuel pratique d'**hygiène** à l'usage des médecins et des étudiants, 3e édit., 1904, in-18, avec 140 fig., 12 fr., net 10 fr. 50
LANGLOIS. Précis d'**hygiène publique et privée**, 3e édit., 1904, in-18, cart., avec 78 fig., 8 fr., net 7 fr.
LEFERT. Aide-mémoire de **thérapeutique**, 1896, 1 vol.
Aide-mémoire de **pharmacologie** et de **matière médicale**, 1894, 1 vol.
Aide-mémoire d'**histoire naturelle médicale**, 1894, 1 vol.
Aide-mémoire d'**hygiène**, 1902, 1 vol.
Aide-mémoire de **médecine légale**, 1903, 1 vol.
Chaque vol. in-18, cart., 3 fr., net 2 fr. 75
LEMOINE. Manuel de **thérapeutique clinique**.
Thérapeutique médicale et médecine journalière, par Lemoine, avec 375 formules, in-8 br., 1902, 8 fr., net 7 fr.
Accouchement et maladies des femmes, par Guilard et Bue, in-8, 1901, 8 fr., net 7 fr.
Maladies spéciales, yeux, nez, oreilles, bouche, par Baudry, Barbe, Baudouin, Beal, Malherbe, in-8, 1901, 8 fr., net 7 fr.
Thérapeutique chirurgicale, par Phocas, in-8, 1901, avec 108 fig., 8 fr., net 7 fr.
LYON. Traité élémentaire de **clinique thérapeutique**, in-8, 5e éd., 1903, 25 fr., net 22 fr. 50
LYON et LOISEAU. Formulaire thérapeutique, 3e éd., 1904, in-8, rel. souple, 6 fr., net 5 fr. 25
MALBEC. Consultations et ordonnances médicales. Formulaire méthodique et thérapeutique. Préface du Dr J.-V. Laborde, in-8, 1902, cart., 4 fr., net 3 fr. 50
MANQUAT. Traité de **thérapeutique**, de **matière médicale** et de **pharmacologie**, 2 vol. in-8, 1903, 24 fr., net 22 fr.
PROUST. Traité d'hygiène, 3e éd. revue et considérablement augmentée, avec la collaboration de Netter et Bourges, in-8, 1903, 25 fr., net 22 fr. 50
Tableaux synoptiques d'**hygiène**, par Reille, in-8 cart., 1900, 5 fr., net 4 fr. 50
Tableaux synoptiques de **thérapeutique descriptive et clinique**, par le Dr Henri Durand, in-8 cart., 1899, 5 fr., net 4 fr. 50
VIBERT. Précis de **médecine légale**, 6e édit., revue et corrigée, contenant 92 fig., 1903, in-8 br., 10 fr., net 9 fr.
VIBERT. Précis de **toxicologie clinique et médico-légale**, in-8, 1900, avec 74 fig., 10 fr., net 9 fr.

Pour les élèves de 4e année : Travaux de chimie, de matière médicale et de bactériologie, toute l'année.

CINQUIÈME EXAMEN

I. Clinique externe et obstétricale. — II. Clinique interne.

AUSSET. Professeur agrégé à Lille. Leçons cliniques sur les **maladies des enfants** faites à l'**hôpital Saint Sauveur**, 1896-97, 1897-98, 1898-99, 3 vol. in-8, 15 fr., net 13 fr. 50
BARTH et ROGER. Traité pratique d'**auscultation et de percussion**, 13e édit., 1898, in-18, cart., 8 fr., net 7 fr.
BERDAL. Traité pratique de la **syphilis**, seconde partie du Traité pratique des maladies vénériennes, avec 58 simili-gravures et 18 pl., dont 17 en couleurs, in-8, 1902, 15 fr., net 13 fr. 50
BERDAL (Dr), médecin de consultation à l'hôpital Saint-Louis. Traité pratique des **maladies vénériennes**. Affections blennorrhagiques. Ulcérations vénériennes non syphilitiques. Affections paravénériennes. Préface du Dr Tenneson, médecin de l'hôpital Saint-Louis, in-8, 1897, avec fig. et pl., 10 fr., net 9 fr.
BROUARDEL et GILBERT. Traité de **médecine et de thérapeutique**.
L'ouvrage complet, 10 vol. in-8 avec fig., 1897, 1902, 120 fr., net 100 fr.
Relié 1/2 chagrin, 20 fr. en plus.
BUDIN. Leçons de **clinique obstétricale**, in-8, 1899, avec 116 fig., col. 12 fr., net 10 fr. 50
CASSAET. Précis d'**auscultation et de percussion**, avec 158 fig., n. et en coul., in-18, cart., 1899, 9 fr., net 8 fr.
CASTEX. Maladies du larynx, du nez et des oreilles, in-18, 2e éd., 1903, avec 150 fig., cart., 14 fr., net 12 fr. 50
CHARCOT, BOUCHARD et BRISSAUD. Traité de médecine, 2e édit. publiée sous la direction de Bouchard et Brissaud.
Les 9 vol. parus, gr. in-8, 1898-1902, avec fig., 142 fr., net 116 fr.
Souscription à forfait pour les 10 vol., 150 fr., net 120 fr.
CHATELAIN (E.). Précis iconographique des **maladies de la peau**, ouvrage accompagné de 50 planches en couleurs, reproduites d'après nature, par Félix Méheux, dessinateur des services de l'hôpital Saint-Louis, fort vol., in-8, cart., 3e édit., entièrement refondue, 1904, 15 fr., net 13 fr. 50
CHAVASSE et TOUBERT. Diagnostic des **maladies des yeux, des oreilles et des voies aériennes supérieures**, 1903, in-8, avec 80 fig., 12 fr., net 10 fr. 50
DIEULAFOY. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, 4 vol. in-8 avec fig.
I. 1896-1897, 1 vol. 10 fr., net 9 fr.
II. 1897-1898, 1 vol. 10 fr., net 9 fr.
III. 1898-1899, 1 vol. 10 fr., net 9 fr.
IV. 1900-1901, 1 vol. 10 fr., net 9 fr.
DUPLAY, ROCHARD et DEMOULIN. Manuel de **diagnostic chirurgical**, in-18, rel. 1904, avec 85 fig. n. et c., 12 fr., net 10 fr. 50
ESCAT. Traité médico-chirurgical des **maladies du pharynx**. Naso-pharynx, préface du Dr Lubet-Barbon, in-8 cart. 1901, avec fig., 16 fr., net 14 fr. 50
FOURNIER. Traitement de la syphilis, in-8, 1902, 20 fr., net 18 fr.
FOURNIER. Précis de **gynécologie pratique à l'usage des étudiants et des praticiens**, avec 120 fig. in-8, cart. 1903, 5 fr., net 4 fr. 50
GRANCHER. Maladies de **l'appareil respiratoire**, in-8, 1889, fig. col., 10 fr., net 9 fr.
GUYON. Leçons cliniques sur les **maladies des voies urinaires**, professées à l'hôpital Necker, 3 vol. in-8, 1903, 37 fr. 50, net 33 fr.
HALLOPEAU et LEREDDE. Traité pratique de **dermatologie**, avec 24 pl. en couleurs et 15 fig. in-8, rel. toile, 1900, 30 fr., net 27 fr.
LAGRANGE. Précis d'ophtalmologie, 2e édit., revue, corrigée et augmentée avec 286 fig., in-18 cart., 1903, 9 fr., net 8 fr.
LEFERT. Aide-mémoire de **clinique médicale** et de diagnostic, 1895, 1 vol., 3 fr., net 2 fr. 75
Aide-mémoire de **clinique chirurgicale**, 1901, 1 vol., 3 fr., net 2 fr. 75
LHOBAMAR. Petit précis de **parasitologie**, in-18, avec fig., 1902, 1 fr. 50, net 1 fr. 35
LUTAUD (A.), professeur libre de gynécologie, médecin-adjoint de Saint-Lazare ; Manuel complet de **gynécologie médicale et chirurgi-**

(A suivre T. S. V. P.)

Grande Librairie Médicale A. MALOINE

BIBLIOTHÈQUE DE L'ÉTUDIANT (Suite)

cale, nouvelle édition entièrement refondue, contenant la technique opératoire complète et 607 fig. dans le texte, fort vol. grand in-8, 1900. Broché, 20 fr., net 18 fr.
Relié toile, 22 fr., net 19 fr. 50

MOYNAC. Éléments de **pathologie et de clinique chirurgicales**, 3 vol. in-8, cart., 1903, 8e édit., avec fig., 18 fr., net 16 fr.

POUSSON. Affections chirurgicales des **organes génito-urinaires**, clinique et thérapeutique, in-8, 1897, 8 fr., net 7 fr.

RAYMOND. Clinique des **maledies du système nerveux**. Hospice de la Salpêtrière (1894-1895), gr in-8, avec 103 fig. et 2 pl., 1896, 16 fr., net 14 fr. 50

2e série (1895-96), in-8, avec 111 fig. et 3 pl., 1897, 18 fr., net 16 fr.

3e série (1896-97), in-8, 1898, avec 130 fig. et 6 pl., 20 fr., net 18 fr.

4e série (1897-98), avec 50 fig. et 2 pl. en couleurs, in-8, 1900, 15 fr., net 13 fr. 50

5e série (1898-99), in-8, 1901, 16 fr., net 14 fr. 50

6e série (1900-1901), in-8, 1903, 16 fr., net 14 fr. 50

RIBEMONT-DESSAIGNES et **G. LEPAGE**. **Précis d'obstétrique**, avec 568 fig. dans le texte, 6e édit., entièrement refondue, gr. in-8, cart., 1904, 30 fr., net 27 fr.

Tableaux synoptiques de **symptometologie clinique et thérapeutique**, par Gautier, in-8 cart., 1900, 5 fr., net 4 fr 50

Tableaux synoptiques d'**exploration chirurgicale** des organes par Champeaux, in-8, 1901, 5 fr., net 4 fr. 50

Tableaux synoptiques d'**obstétrique à l'usage des étudiants et des praticiens**, par Saulieu et Lebief, in-8, cart., 1900, avec 200 photog. d'après nature et 114 fig., 6 fr, net 5 fr. 25

Tableaux synoptiques de **pethologie interne**, par le Dr Villeroy, in-8 cart., 1899, 5 fr. net 4 fr. 50

TILLAUX. Traité de **chirurgie clinique**, 2 vol. in-8, 1900, cart, 25 fr. net 22 fr. 50

TILLAUX. Leçons de **clinique chirurgicale**, rédigées par le Dr Paul Thiéry, in-8, 1895, rel. 14 fr., net 12 fr. 50

Traité de chirurgie, publié sous la direction de Duplay et Reclus, 2e édit, 1897-99, 8 vol. in-8, 150 fr., net 120 fr.

TRUC, professeur de clinique ophtalmologique à Montpellier, et **VALUDE**, médecin de la clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts. **Nouveaux éléments d'ophtalmologie**, 2 vol. in-8, 1896, avec fig. et planches, 20 fr., net 18 fr.

WEIL. Précis de **médecine infantile**, in-18 cart., avec 77 fig., 1900, 8 fr., net 7 fr.

Pour les élèves de 5e année : Travaux de chimie, de matière médicale et de bactériologie, toute l'année.

CONCOURS D'EXTERNAT & D'INTERNAT

BOUGLÉ et **CAVASSE**. Le premier livre de médecine, **pertie médicele**, 1897, in-18, 5 fr., net 4 fr. 50

BOUGLÉ et **CAVASSE**. Le premier livre de médecine, **partie chirurgicale**, 1897, in-18, 5 fr., net 4 fr. 50

DURAND-FARDEL. L'internat en **médecine et en chirurgie**, des hôpitaux et hospices civils de Paris.

Centenaire de l'internat 1802-1902, publié au nom du Comité, in-4 avec fig. et planches, 12 fr., net 10 fr. 50

LEFERT. Aide-mémoire de **médecine hospitelière, enetomie, pathologie et petite chirurgie** pour la préparation du concours de l'externat, 2e éd. comprenant les questions nouvelles, posées aux derniers concours, in-18. cart., 1895, 3 fr., net 2 fr. 75

Quarante questions d'internat, 1re série, 1904 in-8, 1 fr 50, net 1 fr. 35

VIGOT. **Anatomie** de l'internat, **splanchnologie**, in-8, 1891, 7 fr. 50, net 6 fr. 50

Recueil des questions d'externet, par un groupe d'internes des hôpitaux de Paris.
L'ouvrage est publié en 40 fascicules de 30 à 40 pages in-8, 1900. Les 40 fascicules sont en vente.
Prix du fascicule, 0 fr. 50
Les 40 fascicules, 10 fr.
Le sommaire des 40 fascicules sera envoyé sur demande.

Recueil des questions d'internat, publié sous la direction du Dr A. Martinet, 2e éd., 1900.
L'ouvrage est publié en 55 fascicules de 50 à 60 pages in-8 avec grandes marges afin de permettre de faire des annotations. Prix du fascicule, 0 fr. 70.
Les 55 fascicules, net 25 fr.
Le sommaire des 55 fascicules sera envoyé sur demande.

SAULIEU et **DUBOIS**. Conférences de **médecine clinique, tête, thorax, système nerveux**, (anatomie et pathologie), in-8 avec 101 fig. 1902, 10 fr., net 9 fr.

Tome II. **Cou, appareil digestif et urinaire** (anatomie et pathologie), in-8 avec 122 fig., 1902, 10 fr., net 9 fr.

Tome III. **Appereil génital, membres et maladies générales** (anatomie et pathologie), in-8 avec 84 fig., 10 fr, net 9 fr.

SAULIEU et **DUBOIS**. Conférences pour l'externat des hôpitaux de Paris **Anatomie, pathologie, et petite chirurgie**, 2 vol in-8, avec fig. dans le texte, 1901, 16 fr, net 14 fr. 50

Vient de paraître : ***BIBLIOGRAPHIE MÉTHODIQUE** des **LIVRES de MÉDECINE*** (Chirurgie, Pharmacie, Sciences) 1880-1904

ENVOI FRANCO SUR DEMANDE

MALOINE MÉDICALE CIRCULANTE

Tous les ouvrages de médecine en lecture pour 60 FRANCS PAR AN

Sur la demande d'un grand nombre de nos clients, nous avons créé une bibliothèque de **prêt des livres de médecine** sous le nom de : **Maloine médicale circulante**,

Conditions d'abonnement à la MALOINE MÉDICALE CIRCULANTE

Tout abonné recevra en lecture pendant un **temps indéterminé**, tous les volumes de médecine qu'il lui plaira de demander.

La **Maloine médicale circulante** fournira, autant que possible, **tous les ouvrages** ; cependant l'abonné ne pourra pas exiger les livres qui ne sont pas portés sur le catalogue, ou ceux qui seraient épuisés.

Les abonnés **auront droit, bien entendu, à tous les ouvrages de Médecine nouveaux**.

L'abonné aura la faculté de conserver définitivement les ouvrages qui lui conviendront ; et **il lui sera fait une remise sur le prix fort**.

L'abonnement à la **Maloine médicale circulante** est fixé à :

SOIXANTE FRANCS PAR AN

pour la France et l'Étranger.

Les abonnements ne sont reçus que pour une **année entière payable d'avance**.

Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

Chaque abonné ne pourra avoir en sa **possession plus de soixante francs de livres à la fois** ; il devra donc en ce cas retourner tout ou partie des livres reçus, pour en avoir de nouveaux, mais il pourra **renouveler les livres autant de fois que cela lui conviendra**.

Tout ouvrage formant plusieurs volumes ne se **vendant pas séparément**, sera compté au prix de **l'ouvrage complet**.

Le transport aller et retour est à la charge de l'abonné.

Les ouvrages sont expédiés en port payé, par le **moyen le plus économique** et les frais seront portés au compte de l'abonné qui devra en solder le montant à la fin de chaque trimestre : un relevé de compte lui sera envoyé à cet effet.

A **l'expiration d'un abonnement**, si le titulaire ne désire pas renouveler il devra **retourner tous les livres restant en sa possession**.

Nous insistons particulièrement sur l'avantage que notre combinaison procurera aux abonnés de la **Maloine médicale circulante**.

1° Avoir en lecture tous les ouvrages de médecine.

2° Acquérir ceux qui leur conviendront avec une remise sur le prix de publication.

N. B. — Les ouvrages sont toujours envoyés immédiatement et presque toujours neufs. — L'abonnement est personnel.

A LA LIBRAIRIE MALOINE

VENTE, ACHAT, ÉCHANGE DE LIVRES NEUFS ET D'OCCASION

GRANDE REDUCTION A MM. LES ETUDIANTS

IMPRESSION DE THÈSES. — Prix très réduits. — Travail soigné.

DEMANDER LE TARIF

Abonnements à tous les journaux. — Commission. — Reliure.

GRAND ASSORTIMENT DE THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

La Maison a toujours en magasin la collection à peu près complète des dix dernières années et possède un classement systématique qui lui permet de fournir immédiatement les thèses parues dans cette période sur un sujet quelconque demandé

Nota. — On trouve à la Librairie MALOINE une **SALLE D'EXPOSITION PERMANENTE** permettant de voir et de consulter tous les ouvrages de médecine. — **ENTRÉE LIBRE.**

MM. les Etudiants et Docteurs qui visiteront de temps en temps notre salle d'Exposition trouveront DE TRÈS BONNES OCCASIONS D'OUVRAGES NOUVEAUX souvent bien reliés à PRIX TRÈS RÉDUITS.

33e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XX. N° 46. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 12 NOVEMBRE 1904

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Nouvelle contribution à l'étude de la synovite tubéreuse articulaire d'origine tuberculeuse ;

Par le Dr Paul **COUDRAY**

En 1892, au Congrès de Chirurgie, j'ai attiré l'attention sur cette affection sur laquelle les observations faisaient défaut en France à cette époque, affection caractérisée par la présence, au niveau de la synoviale du genou, d'une ou plusieurs tumeurs de consistance dure, tout à fait analogue à celle des fibromes du sein, tumeurs très mobiles, surtout dans le sens transversal, avec la synoviale elle-même, tumeurs siégeant dans une synoviale plus ou moins épaissie. La nature tuberculeuse de ces productions m'avait été indiquée par l'examen d'une sorte de corps étranger fibreux, rencontré dans la rigole interne de réflexion de la synoviale du genou au cours d'un évidement intra-articulaire pour ostéo-arthrite suppurée du genou. Cet examen, fait par M. Dubar, avait montré avec évidence dans cette masse grisâtre, d'aspect fibreux, et modifiée par des injections antérieures de chlorure de zinc, des tubercules typiques en voie de ramollissement.

Dans le même travail, je relatais six autres observations se référant à la même affection, où plutôt à la même modalité tuberculeuse de la synoviale, observations purement cliniques. Dans deux de ces cas, il existait en même temps que les tumeurs synoviales des lésions osseuses, de nature manifestement tuberculeuse.

Les recherches que je fis dans la littérature confirmèrent ce que Lagrange avait écrit, à ce sujet, dans son remarquable article du Traité de chirurgie de Duplay et Reclus (t. III, p. 297, 1891), à savoir que ces fibromes tuberculeux de la synoviale avaient été vus par Riedel et par Kœnig (1) qui en avaient cité : le premier un cas, le second deux cas, suivis les uns et les autres d'un examen histologique.

Toutes les observations citées étaient relatives à des adultes. Sur mes sept cas, un seul était signalé, sur un sujet jeune, 21 ans. Depuis lors j'ai eu l'occasion d'observer quatre nouveaux cas de synovite noueuse ou tubéreuse — ce sont les noms dont on s'est servi en général pour désigner cette variété de synovite tuberculeuse — chez deux enfants de 11 et de 12 ans, une jeune fille de 16 ans et une femme d'une trentaine d'années.

(1) Kœnig. — La tuberculose des os et des articulations, trad. par Liebrecht, 1885, p. 54 et suiv.

Obs. I. — Il s'agit d'une fillette de 11 ans, vue en mai 1898, d'apparence médiocre, s'enrhumant facilement, mais sans maladies antérieures à noter. L'affection siégeait au genou gauche et le début, marqué par une hydarthrose spontanée, *non douloureuse*, remontait à deux mois. Ceci ne fut qu'un début apparent, car il est bien évident qu'une tumeur du volume de celle que je vais indiquer devait exister depuis plus longtemps, et que la tumeur existait avant l'hydarthrose, sans attirer l'attention.

Bref, début apparent par hydarthrose. L'épanchement traité par la compression avait disparu au bout de huit jours.

Au moment de l'examen, on trouvait une tumeur du volume d'un *œuf de pigeon* située à la partie externe et supérieure du genou gauche, déformant légèrement la région sur ce point. La palpation montre que cette tumeur est placée au niveau de la rigole de réflexion de la synoviale sur le condyle externe, mobile dans le sens transversal, très peu dans la direction verticale.

Cette tumeur, dure comme un fibrome mammaire, est évidemment en connexion intime avec la synoviale ; elle fait partie de la synoviale.

Dans tout le reste de son étendue, la synoviale est régulièrement épaissie sans présenter aucune autre tumeur ; il n'y a pas d'épanchement articulaire ; il n'y a rien d'apparent du côté du genou droit, ni du côté des autres articulations.

Instruit par les faits que j'ai cités plus haut, je n'hésitai pas à porter le diagnostic de synovite tubéreuse tuberculeuse.

Je ne pus instituer le traitement par les injections de chlorure de zinc, comme je l'avais fait dans des cas analogues. La famille avait consulté de tous côtés ; on avait conseillé d'une manière générale l'abstention en raison de l'incertitude du diagnostic. Cependant on accepta le traitement inoffensif que je prescrivis : compression énergique avec l'amadou et le diachylon, immobilisation relative dans une gouttière de fil de fer. La fillette fut envoyée à la mer de juillet à septembre. A cette dernière date, la tumeur avait diminué, et la fillette commença à marcher.

Pendant l'été de 1899 nouvelle saison à la mer. Traitement iodé.

Le 3 janvier 1900, je revois la fillette. La tumeur du genou gauche avait diminué de plus de moitié ; elle restait avec les mêmes caractères de mobilité et de dureté fibreuse. Les mouvements, qui en 1898 avaient été limités, étaient redevenus normaux.

Mais, en revanche on trouvait au genou droit une tumeur analogue à celle du genou gauche, siégeant en un point symétrique, à la partie externe de la synoviale, au niveau de la réflexion de la synoviale sur le condyle ; toutefois cette

tumeur était moins régulière, moins dure dans l'ensemble que celle du côté gauche ; elle donnait la sensation d'un fibro-lipome.

Un nouvel examen de la fillette, pratiqué le 17 février 1901, examen provoqué par l'apparition d'un léger gonflement un peu douloureux dans le genou droit à l'occasion des grands froids qui régnaient à ce moment, et qui avaient provoqué une poussée d'arthrite subaiguë, sans épanchement toutefois ; cet examen donna le résultat suivant :

A gauche, la tumeur synoviale a subi un certain accroissement depuis l'an dernier, bien qu'elle soit moins grosse qu'en 1898 ; elle reste très dure. La synoviale dans son ensemble est épaissie, il y a une quantité infime de liquide dans l'articulation.

A droite, la tumeur est restée stationnaire ; elle est allongée, présentant deux centimètres et demi à trois centimètres en hauteur, sur trois quarts de centimètre de largeur ou épaisseur.

Les mouvements de ces articulations sont complètement libres.

L'état général de la fillette, qui en 1898, était des plus médiocres, s'est notablement amélioré.

Obs. II (due à MM. Campenon et Cornil). — Récemment, mon maître et cher ami le Dr Campenon m'a montré dans son service de la Charité, une femme d'une trentaine d'années atteinte d'une arthropathie chronique du genou avec des tumeurs synoviales du volume d'un gros marron siégeant à la partie externe du cul-de-sac sous-tricipital. Cette femme ne souffrait nullement de ces tumeurs, mais d'une autre tumeur siégeant dans le creux poplité, tumeur en partie liquide et partiellement réductible. Il y avait donc en même temps un hygroma tuberculeux de la bourse du jumeau interne et du demi-membraneux communiquant avec l'articulation du genou, et synovite noueuse tuberculeuse. L'analyse histologique de la pièce a été faite par M. le Prof. Cornil ; il y avait dans la paroi de l'hygroma, comme dans les tumeurs de la synoviale, une grande quantité de tubercules caractérisés.

Dans ce cas, le Dr Campenon avait établi le diagnostic par la forme, la dureté des tumeurs synoviales ; en outre, des lésions pulmonaires non douteuses existaient chez la malade.

Cette observation de M. Campenon est extrêmement intéressante et importante, car c'est, autant que je puis le croire, le premier fait signalé d'une coïncidence d'un hygroma tuberculeux de la bourse du jumeau interne en communication avec l'articulation et d'une synovite noueuse tuberculeuse. Des détails sur cette observation seront donnés ultérieurement par M. Campenon et par M. Cornil.

Obs. III. — Récemment, j'ai vu un garçon de 12 ans, suspect d'hérédité tuberculeuse, et qui portait une gomme tuberculeuse de la région deltoïdienne; en même temps on me disait qu'il présentait une affection du genou droit dont le début remontait à septembre 1903 ; ce début, avait été marqué probablement par une hydarthrose. On trouve au niveau du cul-de-sac de réflexion de la synoviale sur le condyle externe un fort épaississement irrégulier de consistance fibro-graisseuse ayant 2 à 3 centimètres de haut, deux de large et 1 centimètre à 1 centimètre et demi d'épaisseur, tuméfaction non douloureuse. Epaississement général de la synoviale ; rien aux os ; mouvements à peu près normaux.

Obs. IV. — Ces jours derniers, j'ai observé une jeune fille de 16 ans et demi que j'avais soignée pour une scoliose commune depuis deux ans et guérie. En mai 1904, le genou *droit* est devenu un peu douloureux, sans cause.

Il y eut à cette époque du gonflement, et, selon toute apparence, de l'hydarthrose, qui a disparu en huit jours avec une légère compression.

Actuellement, on trouve, outre un épaississement général de la synoviale deux épaississements donnant la sensation de corps étrangers durs et siégeant au niveau de la réflexion de la synoviale sur les condyles interne et externe. Le corps interne, large, forme une plaque épaisse de 3 à 4 millimètres sur une hauteur et largeur de 3 à 4 centimètres.

Le corps externe est plus épais, moins dur, irrégulier de forme ayant 2 centimètres de haut sur 2 de large et 1 d'épaisseur.

Il n'y a pas d'épanchement actuellement. Le squelette semble intact et les mouvements sont presque complets sauf la flexion extrême qui ne peut être effectuée.

Comme je l'ai déjà fait remarquer autrefois, lorsque ces productions, ces tumeurs synoviales, surajoutées à l'épaississement synovial qui est constant — mais pas toujours assez prononcé pour être facilement constaté — ne s'accompagnent pas de lésions osseuses, elles sont remarquablement indolentes et les malades ne réclament guère les soins qu'à l'occasion d'un gonflement du genou, dû à l'hydarthrose.

Avec quelles affections *peut-on confondre* cette synovite noueuse tuberculeuse ou ces fibromes tuberculeux de la synoviale ?

1° *Corps étrangers simples.* J'ai cité dans mon mémoire de 1892 des cas — dont l'un au moins était absolument certain — dans lesquels on avait enlevé ces productions croyant à de simples corps étrangers. C'est ainsi que J. Bœckel, dans une observation très intéressante qu'une communication orale ne lui m'a permis de compléter, ayant enlevé un de ces épaississements formant tumeur, a vu, plusieurs années après, évoluer tous les signes d'une tumeur blanche du genou.

2° *Arthrite sèche.* Il est difficile de confondre les corps étrangers de l'arthrite sèche avec les productions qui nous occupent. Ils sont petits, très nombreux, se montrent dans des articulations qui craquent sous l'influence des altérations cartilagineuses. Rien de semblable dans la synovite noueuse. Ces articulations sont en apparence beaucoup moins malades que les articulations atteintes d'arthrite sèche.

3° *Epaississements consécutifs aux hydarthroses.* On a signalé des épaississements synoviaux consécutifs à certaines hydarthroses chroniques. Je crois qu'il y a là une confusion et que les hydarthroses visées par ces faits étaient ordinairement symptomatiques, soit d'une synovite tuberculeuse, soit d'une infiltration scléro-gommeuse de la synoviale d'origine syphilitique.

4° C'est donc surtout avec les *tumeurs gommeuses* de la synoviale que le véritable diagnostic est à établir.

Synoviale. — Dans certains cas, en effet, l'erreur est possible, entre les deux affections. Indiquons les éléments de ce diagnostic. Lancereaux (1863) a le premier indiqué la nature syphilitique — entrevue par Richet — de certaines tuméfactions synoviales et péri-synoviales. Il s'agissait, dans l'observation de Lancereaux, d'une femme ayant succombé avec des lésions viscérales syphilitiques. Dans le genou on trouvait, à la partie inférieure de l'articulation et en arrière du tendon rotulien, une masse gris-jaunâtre formée aux dépens des tissus articulaires et peut être périostiques. Depuis cette époque, quelques auteurs, en particulier M. Poncet (de Lyon) M. le Dentu et M. Kirmisson, ont signalé des indurations synoviales syphilitiques du genou formant des tumeurs relativement mobiles, et par conséquent susceptibles d'être confondues avec l'affection dont nous nous occupons. Dans l'observation de M. Le Dentu, le siège de l'induration, au niveau de la partie supérieure du cul-de-sac sous-tricipital — qui semblerait un point d'élection pour les indurations spécifiques — et surtout l'épreuve du traitement par l'iodure de potassium établirent le diagnostic.

Dans le cas de M. Kirmisson (1), nous trouvons un

(1) *Bulletin médical*, 1899.

tableau qui ressemble singulièrement à celui que présentent certaines observations que nous avons citées. comme des exemples de synovite noueuse tuberculeuse ; tumeur du volume d'une noix à la partie externe de l'articulation. Cette tumeur saillante cadre bien avec la tuberculose noueuse ; mais ce qui est moins en rapport avec cette affection, c'est le simple rebord dur répondant au point de réflexion de la synoviale sur l'os. Ces tuméfactions sont un peu douloureuses ; elles ne le sont pas dans la tuberculose. Enfin, le sirop de Gibert avait amené une grande amélioration en fort peu de temps.

La présence de l'hydarthrose peut-elle être un caractère différentiel entre les deux affections ? M. Chauvel, dans un rapport sur un travail de Poulet (Société de chirurgie, 1884) insiste sur l'indolence, sur l'intégrité des mouvements qui existent dans l'hydarthrose d'origine tuberculeuse.

Nous avons noté également ces caractères dans l'hydarthrose qui accompagne la synovite noueuse tuberculeuse. Il faut donc tenir compte de ces données dans le diagnostic différentiel. En somme, les tuméfactions synoviales dans la syphilis noueuse des articulations forment moins des *tumeurs isolées*, en quelque sorte de la synoviale ; elles sont plus étalées ; elles sont moins indolentes que celles de la synovite noueuse tuberculeuse ; de plus on trouve souvent des tuméfactions diaphysaires concomitantes, due à la périostite.

Le traitement de cette forme n'est pas encore fixé, car en somme l'affection est mal connue, étant relativement rare. Chez la fillette dont j'ai relaté l'histoire, je me suis contenté de conseiller un traitement par la compression avec l'amidon et le diachylon. Tout autre traitement plus actif n'eût pas été accepté, car la fillette avait été vue par un grand nombre de chirurgiens et par suite, des avis divers ayant été donnés, la famille était restée dans l'expectative, aucun phénomène grave n'existant d'ailleurs.

J'ai dit, dans mon premier travail de 1892, que dans trois cas où j'avais essayé les injections de chlorure de zinc en injections périphériques, j'avais une fois obtenu la disparition totale des tuméfactions synoviales et deux fois une diminution notable de leur volume.

Je vais soumettre mes deux malades aux injections sclérogènes périphériques de Lannelongue à l'aide du chlorure de zinc au 1/10°. J'estime que c'est encore là le plus sûr moyen, surtout chez de jeunes sujets, d'amener la guérison, car ces injections permettent de modifier la totalité de la synoviale. On peut y arriver avec dix ou douze injections de 3 à 4 gouttes chacune, en augmentant un peu la dose à la périphérie des tumeurs. Le membre sera immobilisé dans une gouttière plâtrée et le genou comprimé deux ou trois jours après les injections, comme à l'habitude en pareil cas. La marche ne sera permise qu'au bout de trois ou quatre mois. *L'extirpation* des tumeurs avec la résection obligée d'une portion plus ou moins étendue de la synoviale dont elles dépendent débarrasse instantanément l'articulation de ces productions qui ne la gênent pas beaucoup d'ailleurs, mais elle ne suffit pas à supprimer la synovite tuberculeuse elle-même. Il faudrait, pour obtenir ce but, pratiquer la synovectomie totale. On pourrait le proposer chez l'adulte ou des sujets jeunes, mais chez les enfants, c'est une opération dont les chirurgiens s'éloignent de plus en plus. D'ailleurs, comme je l'ai dit, j'ai la conviction que les injections de chlorure de zinc suffisent à amener le résultat cherché, c'est-à-dire la guérison.

Depuis mon travail de 1892, un certain nombre de faits plus ou moins analogues aux miens ont été mis au jour. Potherat en a cité un à la Société de chirurgie, il y a quelques années. Quénu en a relaté un récemment ; Legueu a observé un cas de lipome arborescent en 1897. Ces productions sont depuis assez longtemps volontiers considérées comme des lésions tuberculeuses, ainsi que le faisait remarquer déjà Quénu dans son article (1891, Duplay et Reclus t. III), et le fait de Legueu est très caractéristique à cet égard. Longuet (*Presse médicale* 1898 ; p. 337) a rappelé ces faits, en même temps que ceux indiqués autrefois par Riedel, Kœnig et par moi-même. Mais, chose singulière, Longuet écrit que nous n'avions fait que soupçonner la nature tuberculeuse des productions que avions vues. Il suffit de se reporter à mon mémoire de 1892 pour voir que Riedel, Kœnig et moi-même avions parfaitement signalé des tubercules dans les tumeurs synoviales que nous avions décrites.

Enfin, Saubourou a présenté à la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux en 1898 une pièce provenant du service de Piéchaud et relative à des corps étrangers polypoïdes et à des végétations de la synoviale du genou renfermant des nodules tuberculeux avec de rares bacilles de Koch.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Ouverture des Cours

Cours d'anatomie pathologique : M. le Pr CORNIL.

M. le Pr Cornil a fait le 7 novembre, à 5 heures, dans le petit amphithéâtre de l'Ecole de Médecine, sa première leçon annuelle. Le savant professeur a pris pour sujet de ses leçons, cette année, *l'anatomie pathologique du système génito-urinaire de l'homme et de la femme et les tumeurs du sein.*

Cet enseignement a débuté par les tumeurs des seins, où la compétence de M. Cornil s'est affirmée depuis longtemps ; les chirurgiens lui apportent à son laboratoire, par centaines, les tumeurs qu'ils extirpent, en même temps que les internes en chirurgie, dans les locaux de la Société anatomique.

La première leçon a été consacrée à l'histologie normale des seins et à l'esquisse de l'histologie pathologique. Elle s'est terminée, comme d'ailleurs se termineront toutes les autres, par des projections lumineuses, très bien faites, des régions étudiées. Ces leçons continueront les lundis, mercredis et vendredis.

Alf. Fillassier.

Cours de Médecine légale : M. le Pr BROUARDEL.

M. le professeur Brouardel a fait, le 7 novembre, au Grand Amphithéâtre de l'Ecole, sa première leçon de médecine légale devant un public nombreux et très sympathique. Le professeur étudiera cette année les blessures et accidents du travail.

Il a examiné, tout d'abord, la situation du médecin-expert devant la juridiction criminelle, devant la juridiction civile, et, plus particulièrement en matière d'accidents du travail. Il fixe les règles à suivre dans la délivrance des certificats et s'élève contre la trop grande facilité des médecins à délivrer des certificats, entraînés et guidés par des considérations de pitié ou de sympathie bienveillante pour le malade qui souffre. Spirituellement, il rapporta la plainte des magistrats qui, dans les instances en divorce, trouvent dans les dossiers tant de certificats médicaux pour la femme, si peu pour le mari !

Le certificat, d'après lui, devra comprendre trois

parties : 1° ce que le malade a raconté ; 2° ce que le médecin a vu ; 3° ses conclusions.

Le certificat devra dire la nature de la blessure ; les circonstances propres qui se développeront selon la région frappée.

Le pronostic sera très réservé ; d'ailleurs, en matière d'accidents du travail, la loi de 1898 a inscrit sagement le principe d'une révision du jugement pendant 3 ans. Cette conférence, très intéressante, se continuera tous les lundis et vendredis, à 4 heures, au grand amphithéâtre ; la prochaine sera consacrée à la « *contusion* ».

Alf. Fillassier.

Cours de clinique de dermatologie et de syphiligraphie : M. le Pr GAUCHER.

(*Hôpital Saint-Louis.*)

M. le professeur Gaucher a commencé son cours le dimanche 6 novembre, devant une très nombreuse assistance d'élèves et de praticiens. — Avant d'entrer en matière, il a rappelé l'organisation de son enseignement. Il fait chaque semaine deux leçons à l'amphithéâtre, l'une le dimanche, l'autre le mercredi. Les leçons du dimanche sont consacrées à un enseignement didactique, qui porte sur la dermatologie pendant le premier semestre, et sur la syphiligraphie pendant le second. Les séances du mercredi sont affectées aux leçons cliniques proprement dites. Le développement complet du programme du cours comporte trois années de leçons, portant : la première année, sur les dermatoses diathésiques ; la seconde année, sur les dermatoses parasitaires ; la troisième année, sur les dermatoses hypertrophiques.

C'est à cette troisième partie de son programme que M. Gaucher en est arrivé cette année. Après avoir donné la classification des diverses espèces de lésions qui se rangent sous la dénomination de dermatoses hypertrophiques, et en tête desquelles viennent celles qui intéressent le système vasculaire, sanguin ou lymphatique, il commence l'étude des dermatoses hypertrophiques vasculaires sanguines, comprenant deux catégories de lésions : les nœvi, lésions congénitales, et les télangiectasies, lésions acquises. M. Gaucher consacre la majeure partie de sa leçon à l'étude des nœvi, dont les variétés, les caractères particuliers, le siège, l'évolution, l'anatomie pathologique et l'étiologie lui fournissent successivement matière à développements très intéressants. Il aborde ensuite la question des télangiectasies. Des présentations de malades du service et de pièces empruntées au riche musée de St-Louis viennent compléter les descriptions orales du professeur, et en corroborer la puissance instructive. — Ordre méthodique, exposition claire, sobre, grand sens de la note clinique et pratique, telles sont les qualités maîtresses qui distinguent l'enseignement de M. Gaucher et lui donnent un vif attrait et une grande force de pénétration. L'empressement avec lequel on le suit montre assez combien il est apprécié, et il serait superflu d'en faire ici un plus ample éloge.

Ch. H. P.-V.

Maladies de l'appareil circulatoire et du sang : M. VAQUEZ, agrégé.

La tension artérielle dans l'intoxication saturnine aiguë ou chronique. — C'est devant un nombreux public très sympathique de médecins et d'étudiants que M. Vaquez, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, a repris, le mardi 8 novembre, à l'hôpital Saint-Antoine, ses leçons sur les maladies de l'appareil circulatoire et du sang, toujours si suivies. Le cours portera cette année sur *l'hypertension artérielle dans les maladies*, M. Vaquez ayant l'intention de reprendre les points essentiels du rapport si remarqué qu'il a fait au dernier Congrès français de médecine (1). Il pourra ainsi en développer les conclusions, présenter des malades aux auditeurs du cours et montrer que les données qu'il a avancées peuvent être contrôlées par chacun d'eux.

M. Vaquez a fait sa première leçon sur la tension artérielle dans l'intoxication saturnine aiguë ou chronique. Il a montré qu'on a laissé longtemps dans l'ombre un symptôme pourtant fort important du saturnisme : les modifications de la tension artérielle dans la colique de plomb Stoll avait bien observé que le pouls était dur et lent, rappelant la consistance d'un fil de fer tendu, et Traube avait confirmé cette donnée.

Mais c'est Pal qui reprit la question et cette fois démontra qu'il y a toujours hypertension dans la colique de plomb, qu'elle la précède et parfois l'accompagne, permettant de prévoir certaines complications. Pal avait surtout établi l'importance de la variation de la tension.

M. Vaquez a pu vérifier ces données à l'aide du sphygmomanomètre de Potain et de celui de Gaertner, qui permet d'établir la tension artério-capillaire et qui est surtout précieux pour évaluer la variation de la pression. Voici les conclusions auxquelles M. Vaquez a pu arriver après l'étude de nombreux malades dans son service. 1° Il y a toujours de l'hypertension dans la colique de plomb. 2° La tension artérielle augmente de 6 à 10 cent. de mercure chez un même sujet pendant la colique. 3° L'hypertension persiste pendant tout l'état de mal. Il n'y a pas de rapport entre la douleur et la tension, mais la pression s'élève au moment de la crise et parfois la précède. 4° On observe l'hypertension pendant 5 à 6 jours, c'est-à-dire autant que dure la vaso-constriction abdominale (rétraction du foie). 5° La tension s'abaisse dès les premières selles et revient à la normale 3 à 4 jours après la crise. 6° La guérison coïncide avec le retour à la pression normale.

M. Vaquez entre ensuite dans de longs détails sur les complications du saturnisme aigu et chronique dues à l'hypertension en développant les données de son rapport et en présentant des malades de son service. Les leçons continueront tous les mardis, à 10 heures du matin, à l'hôpital Saint-Antoine.

Lucien Graux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 octobre 1904

Toxicité du sulfate de strychnine sur le tube digestif du lapin.

M. Nobécourt a recherché la dose toxique du sulfate de strychnine pour le lapin, suivant la portion du tube digestif et le véhicule de la solution, eau distillée, eau chlorurée, eau sulfatée sodique, eau glucosée.

Dans l'eau distillée, l'animal se convulse et meurt en moins d'une heure à la dose de 5 milligr. par kilog. dans l'estomac. Injecté, après laparotomie, dans le duodénum isolé et ligaturé, 2 milligr. suffisent.

Dans la solution chlorurée sodique à 1 °/₀₀, la même dose de 5 milligr. ne tue pas dans l'estomac ; 6 à 10 milligr. amènent tardivement les convulsions et la mort ; dans le duodénum, la solution à 6-8 °/₀₀ ne modifie pas la toxicité, mais à 1 °/₀₀ il y a retard des accidents. Le sulfate de soude et le glucose retardent l'action de la strychnine pour les doses

(1) Voir *Progrès Médical*, 29 oct. 1904.

faibles, mais restent sans action sur les doses fortes. Les solutions à 10 %₀ sont sans influence.

Action du foie sur les graisses.

M. Ramond a fait des expériences pour montrer le rôle fixateur du foie pour les graisses injectées par la veine porte. Le foie a un pouvoir lipasique incontestable qui s'accroît par l'apport du sang pancréatique et aussi intestinal. La rate n'a pas de rôle bien défini et ne semble pas nécessaire à la digestion intra-hépatique, peut-être favorise-t-elle l'émulsion des graisses. Des coupes histologiques du foie de chien ayant reçu de la graisse par la veine porte et sevré de l'influx splénique, pancréatique et intestinal ont démontré ces conclusions.

Coloration des granulations graisseuses du sang.

MM. Gilbert et Jomier ont fixé le sang par le liquide de Flemming avant rétractation du caillot puis inclusion à la paraffine et dans les coupes ainsi faites de sang de chien à sérum opalescent on a trouvé une pléiade de petits grains bruns.

Influence du temps sur la résistance du virus syphilitique.

M. Salmon. — L'influence destructive ou indifférente du temps sur la vitalité du virus peut être étudiée expérimentalement. Inoculé au singe, le virus frais transmet la syphilis, tandis que le virus desséché est stérile. Il y aurait des indications expérimentales et touchant la prophylaxie des maladies vénériennes.

Séance du 5 novembre 1904.

Tuberculose expérimentale de l'endocarde.

MM. Bernard et Salomon ont déterminé chez le lapin des lésions tuberculeuses en injectant dans les cavités ventriculaires, sans traumatisme des valvules, une culture du bacille de Koch ; chez 2 chiens dans la carotide après ligature de l'uretère. A l'ouverture du cœur, sur l'endocarde du ventricule gauche et chez un chien sur la surface interne de l'aorte, on trouva des granulations blanchâtres disséminées, du volume d'une tête d'épingle à celui d'une lentille. Ces lésions n'ont pas histologiquement la constitution des formations tuberculeuses, mais forment un simple bourgeon fibrineux rempli de bacilles de Koch ; cette formation a déjà été observée dans la tuberculose de l'endocarde chez l'homme ; c'est donc de la part de l'endocarde une réaction inflammatoire fibrineuse, et non une réaction spécifique folliculaire qui provoque le bacille tuberculeux.

Action cardiaque du nitrite d'amyle.

M. Fr. Franck. — M. Vaquez a constaté au sphygmomanomètre que les inhalations de nitrite d'amyle déterminent un abaissement de la pression artérielle, puis accélération des battements du cœur. L'auteur indique que chez les batraciens, où il n'y a pas de vaisseaux propres, le cœur, soit isolé, soit intact, s'accélère sous l'influence du nitrite d'amyle.

C'est donc à l'action directe sur le myocarde et non à la tension artérielle qu'est due la tachycardie amylique. Donc, si le nitrite d'amyle agit périphériquement comme vaso-dilatateur, il agit indépendamment sur le cœur et y provoque une tachycardie indépendante.

Influence de l'action nerveuse sur les échanges osmotiques.

MM. Achard et Gaillard, par des injections inoffensives dans le péritoine des cobayes, déterminent des modifications régulatrices consistant en résorption de la substance introduite et transsudation de chlorure de sodium. Ces modifications sont les mêmes chez les animaux de même poids. Au moyen d'animaux témoins, on a déterminé l'influence des traumatismes des centres nerveux (compression, dilacération) et des anesthésiques (chloroforme, éther, alcool, chloralose, chloral, cocaïne (injection intracranienne).

Ces influences ont gêné la résorption du liquide. La transsudation des chlorures a été moindre que chez les témoins, sauf dans deux cas, où une hémorrhagie péritonéale avait introduit du chlorure dans le liquide.

La cocaïne injectée dans le péritoine et sous la peau a donné une autre action que l'injection intracranienne. Les lésions du névraxe et les anesthésiques agissant sur les centres nerveux peuvent modifier la régulation des tumeurs et gêner le rétablissement de l'équilibre osmotique et salin.

Action du radium sur les épithéliomas bénins.

MM. Rehns et Salmon ont constaté que l'application d'une boite en ébonite à lame de mica contenant tantôt 0 gr. 010, tantôt 0 gr. 050 milligr. de bromure de sodium pur sur les épithéliomas bénins divers (verrues séniles ou juvéniles molluscum contagiosum, épithéliome perlé, etc.), amène la chute de ces tumeurs avec production d'une cicatrice souple, superficielle, blanchâtre, parfois entourée d'une légère pigmentation. Les émanations du radium ne sont donc pas spécifiques pour telle variété de tumeurs puisqu'elles se manifestent pour les épithéliomas bénins comme pour les cancéreux. Elle est plus rapide sur les cellules jeunes (tumeurs malignes) que sur les cellules cornées et sur celles-ci les applications prolongées ont été sans action nuisible.

M. Remlinger a observé que la salive après injections de pilocarpine n'est plus virulente chez les animaux enragés.

Echanges nutritifs des dermatoses.

MM. Desgrez et Ayrignac ont poursuivi dans le service de M. Brocq une série de recherches relatives aux variations des échanges nutritifs dans les dermatoses. Les méthodes de mesure de M. Bouchard appliquées ont noté une adiposité et une excitabilité catalytique supérieure à la normale. L'activité histolytique est notablement réduite dans tous ces cas. Le coefficient d'utilisation azotée est inférieure à la normale dans 50 % des cas. Le rapport de l'acide urique à l'urée est supérieure à la valeur normale. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 novembre.

Les graisses dans la tuberculose.

M. René Lanfeu croit que les graisses chez les tuberculeux, comme chez les sujets sains, n'agissent que par la rétention et l'épargne des matières azotées.

L'action d'épargne sur l'élimination de l'azote est aussi accentuée avec les doses moyennes (100 à 150 gr. d'huile de foie de morue ou de beurre) qu'avec les doses beaucoup plus fortes.

Ces doses fortes amènent d'abord un accroissement rapide du poids. Mais plus tard celui-ci s'abaisse, il peut même tomber au-dessous du poids primitif par suite des troubles digestifs.

Les doses moyennes au contraire donnent une élévation de poids rapide, mais progressive et continue.

La présence de graisse en nature dans les matières fécales permet facilement de reconnaître que la dose est trop forte et que la limite de tolérance est dépassée.

Pathogénie du tour de reins.

M. Matignon montre que le lumbago traumatique est dû non pas à une rupture au niveau des fibres musculaires sacro-lombaires, mais à une entorse des articulations de la colonne vertébrale.

Hyposthénie cardiovasculaire de la ménopause.

M. Pawinski (de Varsovie) étudie sous le nom d'hyposthénie cardiovasculaire climatérique un ensemble de symptômes qui s'observent dans la période de la ménopause.

Ils consistent dans une hypotension accompagnée de troubles nerveux profonds. Les malades ont une dépression morale, une myasthénie accentuée.

Ces troubles peuvent être attribués à une modification des fonctions ovariennes, probablement à une intoxication par insuffisance ovarienne.

Le traitement consiste dans l'administration des médicaments hypertenseurs et le repos complet ; plus tard, massage, hydrothérapie et séjour à la montagne ou à la mer.

Le service de santé à Madagascar.

M. Kermorgant lit une note du Dr Clarac sur les maladie observées chez les travailleurs des nombreux chantiers de

chemins de fer. Les indigènes seuls supportent les travaux de terrassement et ces grands travaux ont toujours une organisation sanitaire complète.

La fièvre typhoïde à Brest.

M. Kermorgant présente un mémoire de M. Paul Martin établissant réellement l'origine hydrique de l'épidémie observée sur la garnison de Brest en 1903.

Bains locaux d'air chaud.

M. A. Gautier présente un appareil de M. Ostwald permettant de traiter par les bains locaux d'air surchauffé les inflammations chroniques de l'œil (kératites, blépharites, iritis) et les névralgies faciales.

Séance du 8 novembre.

Le service vaccinal de l'Académie.

M. Kelsch lit un rapport très documenté sur la réorganisation de ce service et sur sa transformation en un Institut supérieur de vaccine.

Pathogénie des kystes hydatiques.

M. Blanchard présente un mémoire de M. Devé, montrant que les kystes hydatiques sont transmis à l'homme, non seulement par le chien, mais par le chat. L'infection primitive de ces animaux se fait surtout par les déchets de boucherie. Les bouchers jettent en général aux ordures les morceaux de mouton renfermant des kystes. L'usage de brûler ces déchets infectés diminuerait beaucoup la fréquence des kystes hydatiques.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 octobre 1904.

Scapulectomie pour ostéo-sarcome primitif de l'omoplate.

M. Picqué fait un rapport sur cette observation de M. Estor (de Montpellier).

Le néoplasme avait envahi le tiers externe de la clavicule. M. Estor enleva en même temps le tiers supérieur de l'humérus. Au bout de 9 mois, récidive et ablation de deux noyaux secondaires. Dix-sept mois après, aucune récidive et le résultat fonctionnel est satisfaisant.

M. Berger dit que la scapulectomie avec résection du tiers supérieur de l'humérus donne de meilleurs résultats que l'interscapulo-thoracique dans les sarcomes qui n'ont pas intéressé le paquet vasculo-nerveux de l'aisselle.

Sur la rachi-stovaïne.

M. Chaput, après avoir relaté les cent derniers cas, arrive aux conclusions suivantes :

La dose de 3 centigrammes de stovaïne injectée dans l'espace sous-arachnoïdien permet de faire toutes les opérations de la région périnéale, du pied et de la jambe jusqu'au genou.

La dose de 4 à 5 cgr. permet de faire, avec une anesthésie certaine, toutes les opérations sur les cuisses et la cure radicale des hernies inguinales.

La stovaïne lombaire est très avantageuse pour la réduction des luxations et fractures des membres inférieurs.

La stovaïne ralentit le pouls, resserre la pupille, dilate les vaisseaux et congestionne légèrement la face et le bulbe. Elle n'expose pas du tout à la syncope, et permet à la rigueur d'opérer les malades assis. — Les suites de la rachi-stovaïne sont très bénignes : elle permet l'alimentation immédiate. Elle provoque une rachialgie ou une céphalée assez fréquentes mais très légères, et ne cause qu'une faible élévation de température.

Les opérations sur l'anus ne sont pas suivies de rétention d'urine.

M. Reclus est très content de la stovaïne qu'il n'emploie qu'en injections localisées. Elle n'a, d'après lui, aucun pouvoir vaso-moteur ; elle n'est pas vaso-dilatatrice, mais elle n'est pas non plus vaso-constrictive comme la cocaïne.

M. Tuffier, qui était resté fidèle à la rachi-cocaïne, s'est servi tout dernièrement de stovaïne à la suite de M. Chaput et s'en déclare absolument satisfait.

Séance du 26 octobre 1904.

M. Peyrot, président, prononce un court éloge du professeur Tillaux, ancien président de la Société de chirurgie, décédé le 21 octobre et lève la séance en signe de deuil.

Séance du 2 novembre 1904.

Anévrysme de l'artère poplitée.

M. Nélaton communique l'observation suivante : Un homme de 35 ans entre dans son service de l'hôpital Saint-Louis pour une tumeur du creux poplité ayant la moitié du volume d'un poing et présentant tous les caractères d'un anévrysme. M. Pierre Delbet, appelé à voir le malade, pense qu'il s'agit d'un A. sacciforme appendu à la paroi postérieure du vaisseau et propose la résection du sac.

Comme le malade était syphilitique, il est soumis au traitement spécifique lequel, au bout de 15 jours, avait amené une amélioration notable. C'était l'époque des vacances ; le malade quitte l'hôpital en promettant de revenir au mois d'octobre.

A cette date, M. Nélaton, ayant repris son service, voit arriver le malade avec une gangrène totale du pied et de la jambe. Voici ce qui s'était passé : dans l'intervalle, le malade avait eu une fièvre typhoïde grave ; le trentième jour, il ressentit une douleur atroce au niveau du creux poplité et constata ensuite un commencement de sphacèle du pied.

M. Nélaton a pratiqué l'amputation de la jambe et l'examen de la pièce lui a permis de voir que l'anévrysme s'était rompu et avait donné lieu à un anévrysme diffus. Quant à l'An. primitif, il était ampullaire et siégeait au niveau des régions articulaires moyenne et inférieure. La résection que M. Delbet pensait pouvoir faire aurait été impossible.

M. Monod demande à savoir la distance qui séparait les deux orifices d'entrée et de sortie du sac. Il a présenté, en effet, il y a quelque temps, à la Société de Chirurgie, un malade guéri à la suite de la résection d'un anévrysme dans lequel cette distance était au moins égale à celle qu'accuse approximativement M. Nélaton (3 travers de doigt).

M. Ricard rappelle également un cas personnel où il s'agissait d'un homme de 65 ans, atteint d'un anévrysme poplité évoluant rapidement malgré le traitement spécifique. M. Ricard fit la résection du tronc artériel depuis l'anneau de Hunter jusqu'à l'anneau du soléaire et il n'y eut aucun accident. La circulation collatérale avait eu le temps de se faire.

M. Guinard insiste sur l'innocuité de la ligature des gros troncs artériels : une fois il a pu lier l'aorte thoracique au niveau de la 6e dorsale et deux heures après, il a vu reparaître le pouls fémoral.

M. Delbet insiste sur l'intérêt qu'il y a à mettre les malades au traitement spécifique sauf dans les cas où l'anévrysme a une origine nettement traumatique.

Pour lui, si le tronc tibio-péronier n'est pas atteint, l'extirpation de l'anévrysme ne donne lieu à aucun accident. Il n'en pas de même si l'on est obligé de faire la ligature, au dessous de la tibiale antérieure. D'autre part, les chances de gangrène diminuent à mesure que l'anévrysme devient plus volumineux.

Les causes d'insuccès ne résident pas dans l'insuffisance de la circulation collatérale, mais au contraire dans la très grande abondance de cette circulation. La gangrène est due à l'embolie. On l'évite en pratiquant l'extirpation.

Chirurgie des tumeurs du gros intestin, rectum excepté.

M. Hartmann a eu jusqu'ici l'occasion d'extirper des tumeurs du gros intestin (tuberculose y comprise). Ce qui lui a donné 3 morts et 11 guérisons.

La conduite à tenir varie suivant qu'il y a ou non des accidents d'occlusions.

S'il y a des phénomènes d'occlusion, quel que soit le siège de la tumeur, aller à la recherche du segment intestinal intéressé, l'extérioriser et le fixer à la paroi. Ecraser ensuite et lier au ras de la paroi abdominale le bout inférieur. Quant au bout supérieur, on l'écrase et on le lie à une certaine distance, de la paroi ; puis dans cette sorte de

cæcum, on introduit une canule à laquelle est adapté un tuyau de caoutchouc et qui recueille les matières intestinales.

S'il n'y a pas de phénomènes d'occlusion, on utilisera cette même façon de faire, excepté au niveau du cæcum où l'on peut, en un temps, extirper la tumeur et rétablir la circulation intestinale.

Plus tard, M. Hartmann fait une laparotomie ferme des deux bouts et pratique une anastomose latéro-latérale.

Pleurésie purulente à pneumocoques. — Ouverture à la peau et aux bronches. — Fistule et vomique persistantes. — Résection thoracique et décortication. — Guérison.

M. Tuffier fait un rapport sur cette observation de M. Jeanne (de Rouen). La guérison se maintient depuis cinq ans. M. Jeanne a remarqué que la paroi abdominale du côté malade s'était amincie et était devenue flasque et dépressible, paraissant plus étalée que celle du côté opposé. Ce phénomène est dû à la paralysie de la portion supérieure des musles abdominaux innervées par les nerfs interscostaux inférieurs.

Sarcome du maxillaire supérieur guéri par la radiothérapie.

M. Walther, au nom de M. Béclère et au sien, présente un malade opéré deux fois à Lyon pour un sarcome ayant débuté au niveau de l'angle inféro-externe de l'orbite et nécessité l'ablation du globe de l'œil. En janvier 1903, il présentait une tumeur diffuse inopérable qui, aujourd'hui semble avoir disparu.

L. Kendirdjy.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 octobre 1904.

Chlorose tuberculeuse.

MM. Labbé et L. Bernard communiquent un cas en faveur de la théorie landouzienne de la chlorose qui est, comme on sait, considérée par cette théorie comme un syndrome hémaclinique, une anémie généralement bénigne, provoquée par des causes diverses, notamment et surtout par la tuberculose.

Dans le cas des auteurs, cette relation de cause à effet entre la bacillose et la chlorose est indéniable.

Tabes juvénile.

Ce cas a déjà été communiqué à la société au mois de mai 1904. Hier M. Hirtz et M. Lemaire ont apporté d'autres faits comfirmatifs de l'hypothèse de tabes. Le sujet en question, âgé de vingt et un an était atteint de crises gastriques depuis l'âge de six ans, crises à caractères tabétiques. On lui avait trouvé le signe d'Argyll l'inégalité pupillaire, une fracture spontanée et non douloureuse du calcanéum ajoutait encore à l'idée de tabes, seul le signe de Westphall manquait. Dans la dernière séance, les auteurs ont pu compléter le tableau clinique en y ajoutant l'abolition du réflexe achilléen et une lymphocytose abondante du liquide rachidien.

Des accidents, syphilitiques probablement, se retrouvent dans l'enfance du sujet. Ces deux communications remplissent toute la séance publique de la Société, qui ensuite se forme en comité secret.

Séance du 28 octobre 1904.

Cirrhose hypertrophique de la rate sans cirrhose du foie.

M. Galliard, à propos du procès-verbal, communique le cas suivant : une femme de soixante-sept ans est admise à Lariboisière, où l'on fait le diagnostic de cancer de la grosse tubérosité de l'estomac. Quelques jours après, la malade succombe. A l'autopsie on ne trouve *aucun* cancer, mais une rate énorme pesant 1200 grammes avec de la cirrhose manifeste. Foie, cœur, reins, intacts ; pas de lésions tuberculeuses. Pas de leucémie. La cause resta inconnue.

La trachéotomie dans le croup.

M. Barbier se prononce pour la trachéotomie préférablement au tubage dans le croup. Il cite un cas où le tube a refoulé dans la trachée une énorme fausse membrane trachéobronchique qu'une trachéotomie aurait peut-être permis d'éliminer.

Ver de Guinée.

M. Antony (Val-de-Grâce) a appliqué le traitement par le chloroforme préconisé par Béclère, mais sans succès. On a pu constater que chez le malade en question, le ver avait une longueur de 60 à 80 centimètres. Etiologie : l'eau impure des euvirons du lac Tchad.

Un cas de pustule maligne.

MM. Chauffard et Laederich présentent une communication sur un cas de pustule maligne qu'ils comparent avec le cas d'œdème malin relaté l'année dernière (17 juillet 1903) par le premier auteur en collaboration avec M. Boidin. Voici les observations faites par les auteurs : *dans le cas d'œdème malin*, lésions locales charbonneuses minimes au début, état général peu touché, mais bientôt une septicémie toxique emporte le malade ; au contraire, dans *la pustule maligne*, lésions locales très importantes, état général assez sérieux, mais le tout s'amende en quelques jours ; la bactéridie charbonneuse a été constatée dans l'œdème malin, cela n'a pu être fait dans la pustule maligne ; l'examen du sang n'a montré ni de la concentration sanguine, ni de la leucocytose très active, comme cela avait lieu dans l'œdème malin ; les éliminations urinaires ont été considérables dans la pustule maligne et plutôt diminuées dans le cas d'œdème malin.

Donc, pustule maligne et œdème malin constituent les deux formes extrêmes d'une même infection par la bactéridie charbonneuse.

Transmissibilité de la dysentrie amibienne en France.

M. Dopter (Val-de-Grâce) démontre par des faits que la dysenterie amibienne peut se donner en France par simple contagion. Il est donc nécessaire de prendre vis-à-vis de la dysenterie amibienne les mêmes mesures prophylactiques qu'on prend contre la dysentrie baciliaire. Les deux dysenteries se distinguent par la présence d'amibes dans les selles chez un dysentérique amibien, par l'inoculation au chat, par l'absence d'agglutination, par l'absence du bacille dysentérique.

Œdèmes aigus familiaux.

M. Apert relate le cas d'une famille atteinte, à des moments différents, dans la personne de ses membres ; toujours du même sexe, de la maladie de Quincke, c'est-à-dire d'un œdème aigu circonscrit de la peau et des muqueuses.

Séance du 4 novembre 1904.

Deux cas de fièvre à type intermittent.

M. G. Caussade a eu à observer chez deux petites filles de la fièvre intermittente à grandes oscillations (37-41 degrés) sans autre réaction locale, ni générale, digne de remarque. La quinine, même en injections sous-cutanées, est restée sans effet. L'accès fébrile s'accompagnait de torpeur ou d'agitation. Généralement, cet accès de fièvre était unique dans les vingt-quatre heures, le plus souvent vespéral. Cette fièvre intermittente a été le seul symptôme de la maladie dont les deux enfants étaient atteints ; et dont le diagnostic n'a pu être fait par l'auteur. Car il n'y a eu ni paludisme (quinine inefficace), ni infection suppurative (osseuse, rénale, urinaire, biliaire, cérébrale, de la caisse du tympan), ni affection vermineuse (lombrics, helminthes) ; la rate et les ganglions sont restés normaux ; l'absence d'albumine, de pus de diazo-réaction, dans les urines, — l'absence d'hématozoaires de Laveran, culture et séro-diagnostic de Widal négatifs, leucocytose légère avec des polynucléaires — établies par l'examen du sang, tout cela ne permettait aucun diagnostic ferme.

MM. Siredey, Moizard, Comby, pensent qu'il s'agit simplement d'un cas de grippe.

M. Dufour rapporte un cas de *paralysie générale débutant trois ans seulement après l'infection syphilitique.*

Ictère splénomégalique syphilitique tardif.

M. L. Bernard. — Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans pris d'une crise gastralgique avec fièvre suivie d'ictère. Cet

ictère est intense, biliphéique, chlorurique, apyrétique ; il est accompagné de décoloration incomplète des matières fécales, d'une légère tuméfaction du foie et d'une splénomégalie marquée. Après un mois de régime lacté, aucune amélioration. En raison de l'existence antérieure d'un chancre syphilitique (dix ans avant) et de l'absence de toute autre cause pathogène, on prescrit l'injection sous-cutanée de benzoate de Hg. ; guérison complète six semaines après. Neuf mois après, nouvelle poussée identique d'ictère suivie du même traitement et de la guérison : — Il ne s'agit pas d'un ictère de la période secondaire de la syphilis, car il s'est produit dix ans après le chancre ; il ne s'agit pas non plus d'une compression par gomme, car les selles sont restées colorées, ce qui, avec la fièvre, la splénomégalie et la rechute, fait plutôt songer à une hépatite infectieuse déterminée par la syphilis.

B. TAGRINE.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 22 octobre 1901 — PRÉSIDENCE DE M. TISSIER.

La séance est ouverte à 4 h. 45. Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE. — Journaux et revues habituels ; une brochure de M. Lematte intitulée « *L'eau de mer en thérapeutique*. »

CORRESPONDANCE MANUSCRITE. — 1° Lettre de M. Bozo, remerciant la Société de l'avoir élu membre titulaire. 2° Lettre de M. Sibut donnant sa démission de membre titulaire, alléguant qu'il ne peut assister aux séances. Cette démission est acceptée. 3° Lettre de M. Filarétopoulo (d'Athènes), recommandant à la Société son collègue M. Sakorraphos comme candidat à la qualité de membre correspondant. 4° Lettre de M. Sakorraphos (d'Athènes), posant sa candidature au titre de membre correspondant étranger. Il est présenté par MM. Filarétopoulo et Buret. Cette demande est prise en considération.

La Société désigne une commission composée de MM. Bergeron, Coudray et Dubar, rapporteur, pour examiner les titres et travaux de M. Sakorraphos ; et une autre composée de MM. Tissier, Laquerrière et Margain, rapporteur, pour examiner la candidature au même titre de M. Kanellis (d'Athènes), prise en considération dans la dernière séance.

La parole est donnée à M. Coudray qui présente à la Société une série de travaux intitulés : 1° *Action de l'iodoforme sur les tissus normaux* ; 2° *Réparation de la moëlle des os* ; 3° *Réimplantation de la rondelle crânienne chez le chien* ; 4° *Implantation de l'os mort au contact de l'os vivant* ; 5° *Du cal au point de vue expérimental et pathologique* ; 6° *Fractures du cartilage de conjugaison, fractures juxta-épiphysaires et fractures des extrémités osseuses au point de vue expérimental et histologique* ; 7° *Evolution anatomique des fractures mobilisées.*

M. COUDRAY lit un travail intitulé : « **Nouvelle contribution à l'étude de la synovite tubéreuse d'origine tuberculeuse** (*est publié dans ce numéro*).

M. LAQUERRIÈRE lit une communication intitulée : « **Grossesse et accouchement normaux au cours d'un traitement radiothérapique pour cancer au col utérin** (*a été publié page 282*).

M. AUDISTÈRE. — Je n'ai jamais vu de résultat excellent de la radiothérapie dans le cancer, mais seulement des améliorations dans les néoplasies à marche rapide. Comment se fait-il que les rayons X, qui agissent sur les cellules à développement rapide, n'aient pas d'action sur le fœtus ? Y a-t-il eu amélioration pendant le traitement externe ?

M. COUDRAY. — M. Laquerrière a-t-il eu occasion de traiter beaucoup de cancers cutanés ?

M. LAQUERRIÈRE. — J'ai vu trop peu de cas de cancer de la peau pour avoir une opinion sérieuse et personnelle de la question et surtout de la durée des résultats ; mais les observations publiées sont trop nombreuses et concordent trop les unes avec les autres pour qu'on puisse douter de l'efficacité certaine de la radiothérapie ; la seule question à poser actuellement est la comparaison avec les autres méthodes de guérison déjà connues tant au point de vue immédiat qu'au point de vue des récidives.

Pour les cancers profonds j'en ai vu beaucoup, et je crois en avoir au moins 25 ayant eu un nombre de séances suffisant pour qu'on puisse juger l'efficacité des rayons : 1° Presque toujours, pour ne pas dire toujours, on constate une action analgésique qui va pour certains malades jusqu'à une cessation complète des douleurs et qui pour d'autres est moins marquée. 2° Souvent il y a un relèvement de l'état général dû peut-être simplement à la diminution des douleurs et aux conséquences physiques et morales qui en résultent. 3° Parfois on constate un arrêt dans l'évolution des lésions et j'ai des malades en traitement depuis des mois dont l'état local ne s'est nullement aggravé. 4° Très souvent j'ai vu les lésions rétrocéder plus ou moins. 5° Jusqu'à présent je n'ai vu aucun cas de guérison complète même passagère.

M. AUDISTÈRE. — J'ai vu une malade portant des nodules cancéreux de la peau qui a été améliorée par les dix premières séances, puis ses forces ont diminué comme si le cancer s'était diffusé, mais les nodules cutanés n'ont pas subi de changement.

M. DUBAR. — J'ai examiné des photographies de cancer cutané de la paupière, traité par les rayons X, par le Dr Giraud et qui paraissait complètement guéri. La surface de cicatrisation était pâle et parcourue de petits capillaires rouges.

M. AUDISTÈRE. — J'ai eu occasion d'observer aussi plusieurs cas dont un offrait un aspect semblable, la cicatrice avait ce même aspect. Il y a eu récidive depuis.

M. LAQUERRIÈRE. — Il semble que dans beaucoup de cas, l'action des rayons X soit favorable. Dans le lupus, ou certains cancroïdes, on a des cicatrices à peau normale ; mais quelquefois il se forme un tissu à peau mince rosée, donnant pourtant l'impression d'anémie. Longtemps après, il peut se développer des états spéciaux de la peau, en particulier des formations angiomateuses ; ces accidents doivent être attribués à un traitement trop intensif, comme dans la médecine allemande.

M. LEMATTE demande s'il n'y aurait pas intérêt à combiner une action interstitielle, par le chlorure d'or, par exemple, à des actions superficielles par la radiothérapie.

M. COUDRAY croit qu'en effet, avec ces injections ou celles de chlorure de zinc, on obtient la disparition des tumeurs sans récidive avant longtemps.

M. LAQUERRIÈRE. — Etant donné les résultats acquis pour les cancers superficiels, les guérisons de cancer profond signalées par quelques auteurs, je crois que ce qui nous manque surtout pour atteindre les cancers profonds, c'est une technique nous permettant d'éviter les accidents du côté de la peau. — Dans l'observation que je viens de vous rapporter, j'ai tourné autour de la lésion ; le ventre, le périnée, les lombes ont été successivement le siège d'une radiodermite légère ; j'ai pu continuer le traitement parce que je changeais de place, mais le résultat eût peut-être été beaucoup meilleur si j'avais pu faire des séances plus internes sans m'occuper de l'épiderme.

Beaucoup de radiologues adjoignent aux rayons X un traitement par l'arsenic et par la quinine — ce traitement a déjà été utilisé avec fruit dans le cancer ; mais en ce qui concerne l'association avec la radiothérapie, les sels de quinine ont peut-être une action particulière : ils s'illuminent sous l'influence des rayons X et par conséquent répandus dans le sang, ils augmentent peut-être l'action des radiations — Je ne puis dire si vraiment les résultats sont manifestement meilleurs ; mais il y aurait peut-être intérêt à rechercher les sels qui s'illuminent le mieux par les rayons et à faire avec eux des injections interstitielles dans les tumeurs avant les séances de radiothérapie.

M. TISSIER a vu, il y a une quarantaine d'années, un

cancer du sein en cuirasse se prolonger cinq ou six ans sous la seule influence de la compression méthodique.

La séance est levée à 6 h. 15.

Le secrétaire général, F. Buret. *Le secrétaire par intérim,* Margain.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Seance du 18 octobre 1904. — Présidence de M. A. Broca.

Bénignité des diarrhées estivales chez les nourrissons allaités au lait stérilisé industriellement.

M. Variot fait sur ce sujet une longue communication basée sur les observations et statistiques qu'il a recueillies à la Goutte de lait de Belleville. Les diarrhées des enfants allaités au lait stérilisé n'ont donné qu'une mortalité très faible, moins de 2 %. Elles sont remarquables par leur peu de durée et la rapidité de leur disparition, sous l'influence de la diète hydrique. La mortalité totale des enfants a diminué depuis un certain nombre d'années, et l'on ne peut méconnaître que cette diminution a été en rapport avec les améliorations réalisées dans l'hygiène infantile, et avec l'extension croissante de l'emploi du lait stérilisé.

M. Comby confirme les observations de M. Variot par les siennes propres, et, comme M. Variot, il attribue l'abaissement de la mortalité à l'emploi de plus en plus généralisé du lait stérilisé industriellement. Il fait remarquer à ce propos qu'il y a inconvénient à trop attaquer le lait stérilisé, ainsi qu'on l'a fait depuis quelque temps, en particulier à propos de la maladie de Barlow : en exagérant ses inconvénients, possibles dans certaines conditions. on risquerait d'inspirer au public de l'antipathie à son égard, et de nuire ainsi à l'alimentation des enfants du peuple, où son emploi judicieux rend d'incontestables services.

Atrophie infantile prolongée.

M. Variot montre deux enfants, l'un de 2 ans 1/2, l'autre de 3 ans et 2 mois, qui présentent tous deux de l'atrophie infantile prolongée. Le premier est né d'une mère ayant des antécédents de tuberculose, chétive, dont les seins, fort peu développés, ne fournissaient que très peu de lait ; il a souffert d'abord de cet allaitement insuffisant et ensuite de la mauvaise alimentation à laquelle il a été soumis. Le second a été également victime d'une alimentation mal dirigée ; il n'a pas d'antécédents familiaux fâcheux. Ces deux enfants ont été traités par la nourriture au lait stérilisé, purées de pommes de terre, bouillie d'avoine, etc. ; ils sont tous deux en voie d'amélioration, mais les graphiques de leurs poids, depuis qu'ils sont en observation, montrent la lenteur des oscillations de leur accroissement, qui reste encore bien au-dessous de la normale de leur âge.

Troubles respiratoires dans les infections digestives des jeunes enfants

M. Nobécourt communique les observations de deux enfants, l'un de 8 mois, l'autre de 2 ans 1/2, chez lesquels, après avoir observé pendant quelques jours des troubles respiratoires analogues à ceux qui se manifestent dans la méningite en même temps qu'un certain nombre d'autres symptômes de nature à faire craindre un début d'accidents méningitiques, on en arriva à reconnaître une affection de l'appareil digestif provoquée probablement par une intoxication intestinale.

Maladie d'Addison chez un garçon de 15 ans.

M. Nobécourt, en son nom et au nom de M. Paisseau, communique l'observation d'un garçon de 15 ans, qui mourut subitement après avoir présenté tous les symptômes de la maladie d'Addison. A l'autopsie, on trouva une tuberculose des deux capsules surrénales, sans aucune lésion tuberculeuse dans les autres organes.

M. Broca rapporte un cas de mort subite, survenue chez une enfant qui avait subi, quelques jours avant une opération de peu de gravité, et dans l'état de laquelle on n'avait rien remarqué qui fût susceptible de donner une inquiétude quelconque. A l'autopsie, on constate une double tuberculose des capsules surrénales.

M. Comby dit que la mort subite est assez fréquente dans les cas de ce genre.

M. Guinon communique une observation d'*endocardite pulmonaire aiguë.*

M. Guyader fait une communication sur l'*action eupeptique du citrate de soude chez les nourrissons.*

M. Variot, qui étudie actuellement l'action de ce médicament, vanté par les médecins anglais comme très utile dans nombre de cas de dyspepsie des nourrissons allaités artificiellement, emploie une solution à 5 gr. pour 300 d'eau distillée, à la dose d'une cuillerée à soupe (contenant 25 cent. de citrate de soude) pour une tétée de 120 gr. ou d'une cuillerée à dessert pour une tétée de 60 gr.

Ch. Petit-Vendol.

CONGRÈS DE CHIRURGIE

Fin

Séance du mercredi 19 octobre ; 2 heures du soir.

La deuxième question mise à l'ordre du jour est toute d'actualité. Ce n'est que depuis quelques années à peine que l'attention a été appelée sur *la valeur séméiologique de l'examen du sang en chirurgie.* Le lumineux rapport de M. Tuffier nous indique de la façon la plus précise à quel point en est cette intéressante étude. Il montre, avec de nombreuses observations à l'appui, les précieuses indications que le chirurgien peut tirer de l'examen des globules sanguins. Dans les suppurations on assiste à une diminution du taux de l'hémoglobine des globules rouges, à une augmentation des globules blancs, à une augmentation des polynucléaires. La suppuration diminue-t-elle, on constate une diminution parallèle des polynucléaires et une augmentation des éosinophiles. D'avance on prévoit les indications fournies par cet examen, dans les cas d'appendicites, soit pour le diagnostic, soit pour le traitement. Dans les traumatismes de l'abdomen trouve-t-on une formule leucocytaire normale, on peut conclure: pas de désordre grave. Cette formule est-elle altérée? y a-t-il augmentation des globules blancs ? il faut songer à une perforation. C'est vrai dans les expériences sur les animaux, c'est vrai dans plusieurs opérations cliniques, c'est utile pour dépister une perforation intestinale au cours d'une fièvre typhoïde. Dans les cas de tumeurs, on constate une hyperleucocytose si la tumeur est maligne, une augmentation des éosinophiles dans les cas de kyste hydatique. Les affections gynécologiques peuvent, pour leur diagnostic, bénéficier également d'un examen du sang. D'une façon générale, lorsque la polynucléose est basse, on peut dans les cas de salpingite affirmer une infection peu grave. Toutefois, comme dans certains cas le pus peut être enkysté dans une sorte de poche imperméable et isolante, on peut, malgré la présence d'un énorme abcès dans le petit bassin, trouver une formule leucocytaire normale, les connexions entre la poche imperméable remplie de pus et la circulation générale étant à peu près nulles. Dans les cas de kyste de l'ovaire, on est en droit, lorsque la polynucléose est abondante, de songer à un kyste envahissant. Il est bien entendu que ce moyen précieux de diagnostic qui est mis maintenant entre les mains de chirurgien ne dispensera pas ce dernier d'un examen clinique approfondi et d'un diagnostic clinique aussi précis que possible. L'examen de la formule hématologique ne viendra que pour corroborer, parachever un diagnostic clinique et préciser le moment favorable à une intervention.

MM. Cazin, Reynier, Silhol, de Marseille, Sebileau, prennent part à cette discussion, Il paraît établi que la chloroformisation ou l'éthérisation troublent et modifient pour un temps variable la formule leucocytaire. De plus, l'examen du sang, si précieux en chirurgie générale, peut rendre de très grands services en otologie, en particulier dans les

complications craniennes des otites moyennes. On connaît les difficultés qu'on éprouve, la plupart du temps, à diagnostiquer un abcès de l'encéphale d'une thrombophlébite des sinus, d'une méningite généralisée ou d'une pachyméningite. Il est certain que l'examen du sangs jettera un peu de lumière sur ce point.

Nous ne faisons que citer en passant la discussion soulevée par M. Reynier *sur la conduite à tenir en cas de rupture de la cicatrice et de la sortie de l'intestin au dehors*. Loin de partager, fort heureusement, l'avis de M. Reynier, MM. Pozzi, Roux, de Lausanne, Bousquet, de Clermont-Ferrand, Brin, d'Angers, sont d'avis, lorsqu'une cicatrice s'est rompne, que l'intestin a fait issue au dehors, de le rentrer dans le ventre après une toilette aussi minutieuse que possible.

M. Reynier s'exagère étrangement les risques d'infection lorsqu'on procède ainsi, et il atténue un peu trop les difficultés ultérieures de réparation de la paroi, lorsqu'on agit autrement, en laissant l'intestin hors du ventre, sous un pansement antiseptique, se recouvrir de bourgeons charmes et former avec les lèvres de la plaie et avec les organes voisins des adhérences difficiles à détruire.

Séance du vendredi 21 octobre ; 2 heures du soir.

La séance est occupée à peu près en entier par la lecture et la discussion du rapport de M. Kirmisson sur les *décollements des épiphyses.* M. Kirmisson met au point cette question incomplètement étudiée dans les traités et sur laquelle la radiographie est venue apporter un jour nouveau. En ce qui concerne l'articulation de l'épaule, il faut bien savoir que lorsque, chez un enfant, à la suite d'un traumatisme, on rencontre un déplacement des extrémités articnlaires, il faut songer à un décollement de l'épiphyse. La luxation de l'épaule est en effet une exception chez l'enfant. L'examen radiographique est de toute nécessité. Quant au traitement, il consistera en une réduction immédiate si on est appelé à temps, en une ostéotomie si on est appelé après consolidation et lorsqu'il y a une déformation amenant des troubles fonctionnels.

MM. Maunoury, Willem, Bardesco, rapportent plusieurs observations de décollement des épiphyses, M. Coudray montre comment se fait la réparation dans ces décollements. Il explique pourquoi dans certains cas il y a des troubles d'accroissement du membre. Le défaut d'accroissement est prodnit par les lésoins des cartilages diaphyso-épiphysaires.

M. Broca prend alors la parole et apporte au congrès des documents fort intéressants sur le décollement des épiphyses. Il explique aussi, en s'appuyant sur un grand nombre de radiographies, certains points restés obscurs. C'est ainsi que le décollement périostique est l'effet et non la cause du déplacement. Lorsque la couche ostéogène du lambeau périostique a commencé à proliférer, ce lambeau devient parfaitement droit aux rayons X comme le prouvent plusieurs radiographies présentées par M. Broca. P. Laurens.

VIIe CONGRÈS DE MÉDECINE

(Suite)

Sérothérapie de la fièvre typhoïde.

M. le Pr Chantemesse. — Le sérum antityphoïde que j'emploie est du sérum de cheval immunisé par des injections de toxine typhoïde soluble. J'ai fait connaître à la Société de biologie en 1897, au Congrès d'hygiène de Madrid en 1898, le mode de préparation et les propriétés de cette toxine soluble, la méthode d'immunisation du cheval et d'obtention du sérum thérapeutique. Depuis cette époque, beaucoup de médecins peuvent préparer ce médicament comme je le fais moi-même ; il suffit d'y consacrer le temps et la peine. Depuis trois ans et demi, j'utilise la sérothérapie dans mon service de fièvre typhoïde du Bastion 29. J'ai pu fournir du sérum aux services hospitaliers du docteur Josias, à l'hôpital Bretonneau de Paris, et du professeur Brunon, à l'hôpital de Rouen.

Mes collègues ont soigné 220 cas de fièvre typhoïde chez des enfants et ont eu 8 cas de mort. Ils feront connaître prochainement leurs observations.

Conditions nécessaires d'une statistique. — Les résultats de la sérothérapie antityphoïde ne peuvent être jugés que sur une statistique valable. Pour être valable, cette dernière doit réunir les conditions suivantes : 1° elle doit porter sur un grand nombre de cas et sur un long espace de temps, car l'intensité des épidémies typhiques est variable suivant les années ; 2° elle doit avoir pendant la période où l'on emploie la sérothérapie un grand nombre de cas témoins, ayant évolué à la même époque, dans la même ville, sans les injections de sérum ; 3° elle doit enfin faire la démonstration de son exactitude en fournissant des preuves que chacun puisse à tout moment contrôler.

Il me paraît que ces conditions rigoureuses d'une statistique valable sont présentes en ce qui concerne les résultats actuels de la sérothérapie antityphoïde. En effet, la statistique que je vous soumets porte sur 545 cas soignés à l'hôpital du Bastion 29 pendant trois ans et demi, où tous les individus atteints de fièvre typhoïde ont été traités par cette méthode. Pendant la même durée de temps, dans les autres hôpitaux de Paris, les typhiques étaient soumis à la thérapeutique ancienne, c'est-à-dire aux bains froids et au traitement pharmaceutique ordinaire. Ils constituent, vis-à-vis des typhiques du Bastion 29, des malades témoins. D'autre part, l'exactitude de cette statistique se juge par ce fait qu'elle n'est que la copie des registres officiels mis à la disposition de tout le monde dans les bureaux des divers hôpitaux. On y compte le nombre des typhiques soignés à l'hôpital et sortis après guérison ou après décès ; quant à la sincérité des diagnostics enregistrés, l'indépendance des médecins des hôpitaux, celle de leurs suppléants pendant les périodes de vacances, celle des internes, des externes, des étudiants, des visiteurs, excluent le soupçon même d'une modification possible de la vérité.

Mortalité par fièvre typhoïde dans les hôpitaux. — Nous avons donc en main les éléments qui permettent de juger si la sérothérapie de la fièvre typhoïde, instituée depuis trois ans et demi, a été nuisible, indifférente ou utile. Voici ces renseignements :

Nombre des typhiques entrés et sortis des hôpitaux du 1er avril 1901 au 1er octobre 1904

Noms des hôpitaux	Sortis apr. guér.	Décès	Mortalité 0/0
Hôtel-Dieu	169	49	22,4 0/0
Lariboisière	310	70	18,4 0/0
Saint-Antoine	217	32	12,8 0/0
Tenon	248	65	15,3 0/0
Boucicaut	80	13	16,2 0/0
Broussais	61	15	19.7 0/0
Bichat	91	25	22,5 0/0
Cochin	149	31	17,2 0/0
Maison municipal de Santé	232	72	23,6 0/0
Necker	149	38	20,3 0/0
Beaujon	450	75	14,2 0/0
Laënnec	130	25	13,4 0/0
La Pitié	156	56	26,8 0/0
La Charité	178	34	16 0/0
Total	2.618	571	

Mortalité moyenne : 18 0/0.

De l'examen de cette statistique découlent deux conclusions : 1° la moyenne de la mortalité typhoïde dans les hôpitaux parisiens du 1er avril 1901 au 1er octobre 1901 a été de 18 % ; 2° certains hôpitaux ont fourni une proportion de décès plus forte, d'autres plus faible, mais toujours, même chez les plus favorisés, la mortalité s'est élevée au-dessus de 12 %. Une mortalité de 18 % n'a rien d'extraordinaire, et c'est bien à tort qu'on donne le chiffre de 10 % comme l'indication de la mortalité moyenne de la fièvre typhoïde.

Murchison, sur 2,500 ans observés à l'hôpital de Londres, a noté........	18,5 0/0	de mortalité.
Griesinger, sur 18,000 cas..............	18,5 0/0	—
A l'hôpital général de Vienne, 21,000 cas ont donné.....................	22,2 0/0	—
Curschmann (de Leipzig), sur 1,626 cas (1880-1893)......................	12,7 0/0	—
Uhle, dans le même hôpital...........	18,5 0/0	—
La statistique moyenne de la ville de Paris que j'ai publiée en 1902 (enfants et adultes) indique aussi......	18 0/0	—

En regard de ces chiffres, plaçons ceux que fournit l'examen du registre officiel de l'hôpital du Bastion 29 :

NOMBRE DES TYPHIQUES ENTRÉS ET SORTIS DU BASTION 29 DU 1er AVRIL, 1901 AU 26 OCTOBRE 1904

Sortis après guérison............................	522
Décès..	22

Mortalité : 4 %.

Ainsi, 18 % de mortalité moyenne d'un côté et 4 % de l'autre. Sur cette différence, je me permettrai seulement une remarque : si les 3,200 malades soignés pour la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris avaient fourni un chiffre de mortalité semblable à celui du Bastion, nous aurions eu 120 ou 130 morts à déplorer, au lieu de 580.

Causes des cas de morts observés au bastion 29. — Dans ma note au Congrès du Caire (décembre 1902), j'ai fait connaître la cause des 7 premiers cas de mort de ma statistique hospitalière. En 1903 et 1904, 15 malades ont succombé. 5 d'entre eux ont eu des perforations intestinales ; 4, traités tardivement (14e, 16e, 17e, 21e jour de leur maladie) ont présenté des accidents d'ataxo-adynamie ; 2 ont été emportés par la pneumonie. Chez un malade, j'ai trouvé une péritonite localisée développée autour d'un gros ganglion rétro-cæcal suppuré. Le 13e cas de mort a été observé chez une jeune fille de la banlieue de Paris apportée sans connaissance. Elle a succombé en trois jours ; le 14e cas, chez une femme convalescente de la fièvre typhoïde, une gangrène de la mâchoire, de la joue et de la gorge s'est développée autour d'une deut cariée. Le 15e cas de mort est survenu chez un homme qui a eu, en même temps que la fièvre typhoïde, un érysipèle de la face avec suppuration du cuir chevelu et pleurésie purulente.

Perforation intestinale. — Tous les médecins connaissent la terrible complication de la fièvre typhoïde provoquée par la perforation de l'intestin. Dans quelle mesure la sérothérapie protège-t-elle contre cet accident ? Pour répondre à cette question, il faut pouvoir s'appuyer sur une statistique longue et rigoureuse qui envisage la fréquence de cette complication chez les malades non traités par le sérum.

Je n'ai pu trouver dans les registres officiels des hôpitaux de Paris le nombre des perforations de l'intestin à incriminer dans les 18 pour 100 de mortalité signalés. J'ai cherché des renseignements dans la littérature étrangère, en Angleterre, en Allemagne, aux Etats-Unis. Voici une statistique signalant la fréquence de la perforation intestinale dans plusieurs milliers de cas :

		Cas	Perforations intestinales
Gurchisson		1.580	48
Griesinger		600	14
Curshmann (Leipzig)		1.626	36
Harte.	Montreal general hospital	932	34
	Episcopal Hospital	1.556	34
	Pensylvania Hospital	1.793	45
	....	73	2
Total		8.160	212

Ainsi, d'après les auteurs précédents, dont le nom fait autorité dans l'histoire médicale et chirurgicale de la fièvre typhoïde, la fréquence de la perforation intestinale est de 2,6 % cas de dothiénentérie. Chez mes 545 malades traités au Bastion 29, il y a eu 10 cas de perforation (dont 2 ont été opérés avec succès), soit une fréquence de 1,6 %. De l'écart entre ces chiffres on ne pourrait tirer une conclusion ferme que si ma statistique hospitalière comptait un aussi grand nombre de cas que celle des étrangers. Il me sera permis de dire, cependant, que la sérothérapie de la fièvre typhoïde n'augmente pas la fréquence de la perforation intestinale. Elle paraît, au contraire, la diminuer. Dans la mortalité de 18 pour 100 de la fièvre typhoïde, la perforation intestinale intervenant pour 2,6 pour 100 ne représente qu'un huitième à peu près des causes de cette mortalité totale, tandis que dans ma statistique sérothérapique de 4 pour 100 la perforation étant signalée dans 1,6 pour 100, compte largement pour 1/3 dans les pertes. C'est dire que cette complication, tout en étant, par le sérum, diminuée de fréquence, est, moins que les autres causes de mort, supprimée par la sérothérapie. C'est que les altérations intestinales représentent les premières lésions en date dans la fièvre typhoïde, qu'elles sont déjà effectuées quand intervient le sérum et que celui-ci ne peut faire que ce qui est fait ne soit réalisé. Voilà pourquoi il faut injecter de bonne heure le sérum antityphoïde. Je n'ai jamais observé de perforation intestinale chez les malades qui ont été traités par la sérothérapie dans les 7 premiers jours à partir du début de leur maladie. Cette constatation, que je ne saurais trop mettre en lumière, me paraît avoir une importance considérable.

Mode d'action du sérum antityphoïde. — L'action de ce sérum doit être étudiée sur les animaux et sur l'homme. Je renvoie pour les détails de l'étude expérimentale à la thèse de doctorat de mon ancien interne, M. le professeur agrégé Balthazard. Je me contenterai de dire ici que le sérum antityphoïde exerce une action spécifique, rapide et énergique sur les appareils de défense de l'organisme (rate, tissu adénoïde, moelle des os). La stimulation qu'il produit est d'autant plus salutaire et manifeste que le sérum est injecté à une période plus rapprochée du début de la maladie. Aucun médicament connu ne possède une action semblable ; mais il faut que l'organisme puisse faire l'effort de la réaction. Si le système nerveux du malade est déjà profondément intoxiqué, le bénéfice de la médication sérothérapique est beaucoup moindre ; c'est alors, je le répète, que se produisent les insuccès.

Mode d'emploi du sérum antityphoïde. — Quiconque veut employer le sérum antityphoïde doit faire table rase de tout ce qu'il sait sur l'emploi du sérum antidiphtérique. Il s'agit là de deux médicaments tout à fait différents. Plus le diphtérique est malade et plus fortes doivent être les doses de sérum antidiphtérique injectées ; tandis que pour la fièvre typhoïde, plus le malade est atteint et plus faibles doivent être les doses de sérum. Il y a donc dans la sérothérapie de la fièvre typhoïde des indications et des contre-indications comme on dit en médecine. Il est des circontances (formes communes, cas pris au début) où il faut donner la dose ordinaire, il en est d'autres où il faut intervenir avec des quantités très minimes. C'est cette conviction, fondée sur une déjà longue expérience, qui m'a empêché bien souvent de donner du sérum antityphoïde à des médecins qui m'en réclamaient, sans avoir appris à s'en servir. A mesure que paraissaient mes publications et que je recueillais des statistiques favorables, j'ai entendu des objections que je vous demande la permission de reproduire. Voici la première : si vous obtenez de bons résultats, m'a-t-on dit, ce n'est pas à cause du sérum, mais simplement parce que vous avez l'habitude de soigner les typhiques ; à cela je répondrai : M. le docteur Josias, à l'hôpital Bretonneau, et M. le professeur Brunon, à l'hôpital de Rouen, ont fait diminuer des trois quarts leur mortalité typhoïde depuis qu'ils emploient le sérum ; ce n'est cependant pas moi qui soigne leurs malades.

On m'a dit encore : les bons résultats sont dus non pas au sérum, mais aux bains froids. Que vaut cette objection puisque mes collègues des hôpitaux emploient les bains comme je le fais moi-même et que leur mortalité est en moyenne de 18 pour 100 ? Si avec le sérum j'utilise les bains, — et seulement quand existe une fièvre vive, — c'est parce que cette médication est encore plus utile avec la sérothérapie

qu'avec le traitement pharmaceutique ordinaire. Elle sert à calmer la petite réaction que provoque le sérum. De deux moyens, sérum et eau froide, qui ont chacun leurs indications et qui s'entr'aident à merveille, pourquoi n'en choisir qu'un ? Nous savons d'ailleurs ce que donne l'hydrothérapie réduite à ses seules forces. Dans l'armée allemande, où les soldats entrent à l'hôpital beaucoup plus tôt que nos malades hospitalisés, l'hydrothérapie froide est appliquée de très bonne heure et systématiquement ; on obtient cependant 9 1/2 0/0 de mortalité par fièvre typhoïde. Il est vrai que ce résultat avait été jugé jusqu'ici extrêmement favorable.

L'armée de France fournit une proportion de mortalité typhique plus faible que celle d'Algérie et de Tunisie. D'après les documents que vient de publier le ministère de la guerre, il y a eu dans l'armée de France (en 1902), 1,845 cas de fièvre typhoïde et 253 morts, soit une mortalité typhoïde de 13,7 0/0. Là encore je songe que, si la troupe avait donné un taux de mortalité semblable à celui des malades du Bastion 29 pour cette seule année de 1902, 160 ou 180 soldats de plus auraient conservé la vie.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler, Messieurs, qu'une statistique valable, portant sur des cas de fièvre typhoïde bien caractérisée, sur un grand nombre de ces cas, sur une durée de plusieurs années, et ne donnant que 4 0/0 de mortalité totale n'a jamais été obtenue jusqu'ici, ni en France, ni à l'étranger.

Dans ma communication au Congrès du Caire, en 1902, j'avais écrit cette phrase : « Par l'addition de sérum antityphoïde à l'hydrothérapie, j'estime que la mortalité par fièvre typhoïde doit tomber à 4 ou 5 % au maximum. » Deux ans se sont écoulés, le nombre des cas traités à l'hôpital a triplé et je n'ai rien à changer à cette proportion. (*Applaudissements répétés.*)

La crampe professionnelle et son traitement par le massage méthodique et la rééducation.

M. le Dr P. Kouindjy (chargé du service de la *rééducation et du massage* à la clinique Charcot (Salpêtrière). — Le spasme fonctionnel, la dyskinésie, la névrose coordinatrice des écrivains, la contracture par abus fonctionnel ou simplement la crampe des écrivains ne serait autre chose qu'une ataxie professionnelle, qui se manifesterait au moment de l'écriture chez les écrivains, comme l'ataxie locomotrice se montre chez les tabétiques au moment de la marche ou pendant l'exécution des autres mouvements. La crampe peut se généraliser et l'auteur cite un cas, où cette crampe se montra non seulement pendant l'écriture, mais aussi quand le malade portait la cuillère à la bouche ou pendant la promenade. La crampe professionnelle a pour cause initiale l'origine périphérique qui à la longue finit par engendrer l'élément psychique cause centrale. L'élément psychique joue un rôle capital et souvent forme un obstacle à la marche de la guérison. Le traitement de cette affection est purement externe. On a bien conseillé la strychnine, le fer, l'arsenic et d'autres toniques, mais inutilement. L'électrothérapie ne donne pas des meilleurs résultats. Duchenne de Boulogne, Eulenburg, Berger, etc., n'ont rien obtenu avec l'électricité, et les quelques cas de guérison signalés par Meyer n'ont pas trouvé une approbation générale. L'élongation des nerfs et la ténotomie n'ont rien donné. Le repos est un palliatif d'une courte durée ; aussitôt que le patient se met à écrire, la crampe ne manque pas à revenir.

La théorie de V. Poor, de Haupt, ont suscité l'intervention des massothérapeutes. Cederscgjold, Méding, Gottlieb, Rossander, Nordstrom, Schreiber, Hoffa, Bum, etc., ont obtenu des résultats très encourageants. Le prof. Hoffa a combiné le massage avec le courant et la douche locale et a obtenu plusieurs succès. M. Zabludowski a prôné et avec raison, les moyens prophylactiques suivants : 1° prendre une position assise convenable et conserver un maintien correct du du corps et de la main ; 2° faire un choix judicieux des ustensiles nécessaires pour écrire, et 3° apprendre à sténographier et à écrire à la machine. La méthode que nous proposons pour corriger l'ataxie des écrivains se compose d'une série de manœuvres massothérapeutiques dont le but est d'augmenter la tonicité des extenseurs, sans s'occuper des fléchisseurs, qui sont dans ce cas en état d'hypertonicité. De ces manœuvres celles qui rendent un véritable service sont : les effleurages superficiels et profonds, les pressions profondes, circulaires et longitudinales, le pétrissage, la vibration et la percussion digitale. Les manœuvres brusques, comme le pincement, le tapotement, le foulage doivent être évitées. Les exercices se composent de l'exercice de la canne des poids, de la balle, de la rondelle ou de la pièce de cent sous, etc. La canne est placée sur la face dorsale de la main ou des doigts ; on la saisit par la face palmaire, on la met alternativement sur les deux doigts externes (2° et 5°) ou sur les deux doigts internes (3° et 4°). La balle est projetée par la face dorsale de la main tendue, saisie ensuite au vol, ou on la laisse retomber sur la face dorsale. Tous ces exercices ont pour but d'activer la tonicité des extenseurs. Les exercices de la rééducation de l'écriture consistent à apprendre à écrire avec la main renversée. On commence par écrire les bâtons. On fait écrire un bâton et on va chercher de l'encre.

La lettre O s'écrit en deux temps : 1° (— encre — 1°); la lettre p en deux temps : 1° | — encre — 2° ɔ ; la lettre K en trois temps : 1° | — encre — 2° \ — encre — 3° /

Un deuxième genre d'exercices se compose de l'exécution des lignes spirales, rondes, transversales, verticales.

Un troisième genre d'exercices est formé des exercices de la rééducation du membre supérieur des ataxiques tabétiques et des exercices avec les petits carrés. Ces derniers ne sont autre chose qu'une feuille de papier sur laquelle on dessine un nombre déterminé de petits carrés, dans ces derniers, le patient doit inscrire sous commandement des cercles, des croix, etc.

Quand le patient arrive à bien écrire avec la main renversée on lui permet d'écrire de temps en temps avec la main ordinaire.

L'ataxie professionnelle présente souvent des rechutes qui sont plus difficiles que l'affection initiale. Les exercices indiqués dans ce travail et l'écriture avec la main renversée présentent souvent un abri à ces rechutes. En tous cas, le patient peut, grâce aux exercices kinésithérapiques et de la rééducation, maintenir son amélioration le plus longtemps possible. La durée du traitement est de deux à quatre mois. Elle est plus courte, si l'élément psychique est moins prononcé. Le tribomure et un laxatif quelconque arrivent à atténuer l'irritation nerveuse du malade.

(A suivre.)

VARIA

Le Congrès de l'hygiène et de l'assainissement de l'habitation.

A la séance d'ouverture du premier Congrès international d'assainissement et de salubrité de l'habitation, qui a eu lieu sous la présidence de M. Chaumié, ministre de l'instruction publique, on remarquait aux côtés du ministre et de M. Paul Strauss, sénateur, MM. Debove, doyen de la Faculté de médecine ; Bouvard, directeur des services d'architecture de la Ville de Paris ; Cheysson, Monod, Janssen, Levasseur, membres de l'Institut ; les délégués des gouvernements étrangers : MM. Vegghe, délégué du gouvernement belge ; Strassmann, délégué du gouvernement allemand ; le commandeur Federico Montaldo, médecin de la marine, délégué du gouvernement espagnol ; docteur Magaldi, délégué italien ; Manolercie, délégué roumain ; de Bilbanoff, délégué russe, et Srb, maire de Prague, etc.

Après le discours de M. Strauss, M. Marié-Davy, secrétaire général, a lu le rapport du comité d'organisation du Congrès, et M. Srb, au nom de ses collègues du conseil municipal de Prague, a, en quelques mots, apporté à la France et aux savants français le salut de la Bohême. Les délégués étrangers ont pris successivement la parole pour exprimer des vœux pour la réussite du Congrès et féliciter la France d'en avoir pris l'initiative. Tous

les délégués ont parlé en Français, sauf le délégué de l'Allemagne, qui s'est servi de sa langue maternelle.

M. Chaumié, après avoir salué les représentants des gouvernements étrangers, a dit qu'il était très heureux de présider le premier Congrès d'une science aussi nécesssaire, aussi humaine que celle de la salubrité. Il a exprimé l'espoir qu'il sera fécond en résultats pour le plus grand bien de l'humanité.

Les congressistes se sont repartis entre sept sections d'études :

Section des habitations urbaines, présidée par le docteur Roux, directeur de l'Institut Pasteur ; section des habitations rurales, présidée par le docteur Ricard, sénateur de la Côte-d'Or ; section des habitations ouvrières, présidée par M. Georges Picot, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences morales ; section des habitations louées en garni, présidée par M. Besançon, et ayant pour secrétaire le Dr Savoire ; section des locaux hospitaliers (hôpitaux, sanatorium) présidée par le docteur Chantemesse, inspecteur général, des services sanitaires au ministère de l'intérieur ; section des locaux militaires ; section des locaux scolaires, présidée par M. Emile Trélat ; section des habitations flottantes présidée par MM. Gerville-Réache, vice-président de la Chambre, et le docteur Landouzy, de l'Académie de médecine ; enfin la section de l'Alimentation en eau potable et l'évacuation des matières usées, présidée par M. Bechmann, ingénieur en chef des eaux et de l'assainissement.

Les sections tiennent leur séance au Collège de France. (*Le Temps*).

BIOGRAPHIE MÉDICALE

M. le Pr Paul RECLUS
Professeur de clinique chirurgicale de la Charité.



Nous apprenons avec satisfaction que M. le Pr Reclus a été désigné pour succéder au regretté Pr Tillaux à la chaire de clinique chirurgicale de la Charité.

Nous ne referons pas ici la biographie de l'éminent chirurgien que nous avons publiée dans ce journal il y a quelques années (1). Mais nous ne pouvons nous empêcher d'applaudir à sa nomination. Nul choix plus judicieux ne pouvait être fait pour remplacer le Pr Tillaux ou plutôt continuer son œuvre. Comme Tillaux, M. Reclus est un homme de science et de conscience, qui ne s'est pas cantonné dans une branche de son art et est resté le chirurgien dans la plus large, la meilleure et la plus vraie acception de ce terme.

(1) Voir *Progrès médical* : n° 30 de 1895.

NÉCROLOGIE

LE Dr KINZELBACH.

M. le Dr Kinzelbach, médecin des Bureaux de bienfaisance, médecin inspecteur des écoles de Paris, ancien trésorier de la Société médicale des Bureaux de Bienfaisance, vient de mourir dans sa 53e année.

Plein de cœur et de dévouement, Kinzelbach, atteint d'une grave affection chronique, avait dû, il y a près de six mois, cesser de faire de la médecine active. Il avait donc cédé sa clientèle, mais il n'avait pu se résoudre à abandonner son service de traitement à domicile au Bureau de Bienfaisance de Charonne, auquel il était attaché depuis de très longues années et qu'il continua d'assurer jusqu'à la veille de sa mort.

Très aimé de ses confrères, de nombreux praticiens de Paris ont accompagné, samedi 29 octobre, le convoi du Dr Kinzelbach au cimetière Montparnasse. M. le Dr Billon au nom de la Société médicale des Bureaux de Bienfaisance ; M. le Dr Berthod, au nom du Syndicat des médecins de la Seine, ont déposé sur sa tombe une couronne et lui ont adressé un dernier adieu. J. Noir.

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Jean-Armand Fumouze, président honoraire de la Chambre syndicale des pharmaciens de la Seine, ancien président de la Chambre de commerce de Paris et ancien président de section au tribunal de commerce de la Seine, président de la Société des industriels et commerçants de France, etc.

FORMULES

XVII. — Contre le rhumatisme déformant.

En dehors des poussées :

Huile de foie de morue, le matin ;

Frictions sèches au gant de crin sur le corps, et massage des articulations ;

Bains de vapeurs térébenthinés ou douches sulfureuses chaudes ;

Durant vingt jours par mois une cuill. à chaque repas de

Arséniate de soude	0 gr. 10
Iodure de strontium	10 gr.
Eau distillée	100 gr.

(D'après A. Malbec.)

XVIII. — Pour faire la recherche clinique de l'urobiline.

Chlorure de zinc sec	10 gr.
Ammoniaque	10 gr.
Alcool à 90°	80 gr.
Ether acétique	20 gr.

Agitez et filtrez :

Mettre 3/4 d'urine et 1/4 de réactif dans un tube à essai. Agitez, filtrez pour séparer les phosphates terreux. Le liquide est fluorescent s'il y a de l'urobiline et donne au spectroscope la bande γ caractéristique. (Oliveiro.)

Banquet Thiéry. — La date du banquet en l'honneur de M. Thiéry, professeur agrégé à la Faculté, primitivement fixée au mardi 15 novembre, a dû, par suite d'une circonstance imprévue, être reportée *au vendredi 18 novembre*, à 7 h. 1/2 du soir, au restaurant Marguery.

Actes et thèses de la Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat.— *Mercredi 16 novembre 1904*, à 1 heure. — *M. Bourgeois* : Exode rural et tuberculose ; MM. Grancher, Brissaud, Teissier, Launois. — *M. Burin-Desroziers* : Zona de la deuxième branche du trijumeau ; MM. Brissaud, Grancher, Tessier, Launois. — *M. Dupouy* : Les psychoses puerpérales et les processus d'auto-intoxication ; MM. Pinard, Gaucher, Lepage, Claude. — *M. Wapler* : Hématomes du sterno-cléido-mastoïdien chez le nouveau-né ; MM. Pinard, Gaucher, Lepage, Claude. — *M Luisi* : Echéance avancée de la période secondaire après certains chancres extra-génitaux ; MM. Gaucher, Pinard, Lepage, Claude.

Jeudi 17 novembre 1904, à 1 heure.— *M. Grandjean* : La séparation intra-vésicale des urines et la chirurgie urinaire ; MM. Guyon, Dieulafoy, Thiroloix Auvray,— *M. Boucheseiche* : Contribution à l'étude des modifications urinaires dans l'appendicite ; MM. Dieulafoy, Guyon, Thiroloix, Auvray. — *M. Pièrart* : Contribution à l'étude de l'ostéomalacie sénile ; MM. Cornil, Hutinel, Méry, Bezançon. — *M. Henry* ; Contribution à l'étude des rechutes de la scarlatine ; MM. Hutinel, Cornil, Méry, Bezançon. — *M. Chahuet* : Recherches sur l'absorption des graisses chez les enfants à l'état normal et à l'état pathologique ; MM. Hutinel, Cornil, Méry, Bezançon.

Examens de doctorat. — *Lundi, 14 novembre 1904*. — 5e (Chirurgie, 1re partie) : MM. Reclus, Mauclaire, Cuneo. — 5e (2e partie) : MM. Déjerine, Legry, Balthazard.

Mardi, 15 novembre 1904.— 5e (2e partie, 1re série) : MM. Raymond, Vaquez, Carnot. — 5e (2e partie, 2e série) : MM. Hutinel, Renon, Gouget.

Mercredi, 16 novembre 1904. — Dissection : MM. Kirmisson, Sébileau, Proust. — 2e : MM. Gautier, Gley, Branca.— 3e (2e partie, Oral) : MM. Hayem, Dejerine, Labbé (Marcel).

Jeudi 17 novembre 1904. — Médecine opératoire : MM. Pozzi, Thiéry, Faure. — 4e : MM. Pouchet, Gilbert, Langlois.

Vendredi 18 novembre 1904. — 3e (2e partie) : MM. Blanchard, Desgrez, Legry. — 4e : MM. Landouzy, Gaucher, Macaigne. — 1er (Chirurgien dentiste, 1re série) : MM. Ch. Richet, Retterer, Cunéo. — 1er (Chirurgien-dentiste, 2e série) : MM. Tuffier, Gley, Branca. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série) : MM. Terrier, Delens, Pierre Duval. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série) : MM. Kirmisson, Gosset, Proust.

Samedi 19 novembre 1904. — 5e (2e partie, 1e série) : MM. Raymond, Troisier, Dupré. — 5e (2e partie, 2e série) : MM. Chantemesse, Achard, Jeanselme. — 5e (Obstétrique, 1re partie) : MM. Budin, Demelin, Brindeau.

Conférences de médecine légale psychiatrique. — M. le docteur Paul Garnier, médecin en chef de l'infirmerie spéciale, chargé du cours de médecine légale psychiatri que, commencera ses conférences le samedi 19 novembre 1904, à 1 heure et demie et les continuera les samedis suivants à la même heure, 3, quai de l'Horloge. Des cartes d'admission sont délivrées au Secrétariat de la Faculté, à MM. les docteurs en médecine, les internes des Hôpitaux et les étudiants ayant passé leur 4e examen de doctorat. Un certificat de présence constatant l'assiduité à ce cours durant tout le semestre d'hiver sera régulièrement délivré.

Clinique chirurgicale de la Charité.— Le Dr Paul Reclus, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris, a été nommé professeur de clinique chirurgicale à la même faculté, en remplacement du professeur Tillaux, décédé.

Hopital Broca. — *Cours de Clinique gynécologique*. (Fondation de la ville de Paris.) Professeur : M. S. Pozzi. — M. le Professeur S. Pozzi, commencera ses leçons de clinique le vendredi 18 novembre 1904, à 10 heures du matin, et les continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Programme de l'enseignement : Lundi, 9 heures : Anatomie et histologie normales et pathologiques de l'appareil génital de la femme (Amphithéâtre des cours), par M. le Dr Bender, préparateur ; 10 heures : Leçon clinique par le Professeur ; 11 heures : Visites des malades (salles Broca, Alphonse Guérin, Récamier, Hugier) par le Professeur. — Mardi, 9 heures : Maladies des voies urinaires de la femme : cystoscopie, uroscopie, par le M. Dr. Estrabaut, ancien interne des hôpitaux (service des consultations); 10 heures : Opération par le Professeur. — Mercredi, 10 heures : Examen clinique des malades du service par les élèves (Amphithéâtre des cours), sous la direction du Professeur et du Dr Dartigues, chef de clinique. — Jeudi, 10 heures : Opérations par le Professeur. — Vendredi, 9 heures : Electrothérapie gynécologique (laboratoire d'électrothérapie, service des consultations), par M. le Dr Zimmern, ancien interne des hôpitaux ; 10 heures : Leçon clinique par le Professeur ; 11 heures ; Visite des malades (salles Broca, Alphonse Guérin, Récamier, Hugier) par le Professeur. — Samedi, 9 heures : Anatomie pathologique et démonstrations histologiques avec projections (laboratoires d'anatomie pathologique et de bactériologie), par M. le Dr Latteux, chef du laboratoire ; 10 heures : Opérations par le Professeur.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la Leucorrhée par l'Hélénine.

Jusqu'à l'importation en Europe du quinquina, le vin d'Aunée a été administré comme tonique eupeptique et surtout emménagogue. S'il faut en croire les relations des anciens thérapeutes, ses succès dans la leucorrhée sont constants. Le vin à l'Hélénine, au malaga d'origine, a sur l'ancien vin d'Aunée la supériorité de ne contenir que le principe actif de la plante en dissolution dans un vin vieux et généreux. Plusieurs centaines d'observations recueillies dans le dispensaire du Dr Hamonic et consignées dans la thèse du Dr Parisot prouvent que lorsqu'on l'administre dans la leucorrhée, la guérison est la règle. L'Hélénine mouche, selon l'expression pittoresque du professeur Pajot, le col de l'utérus.

Deux verres à liqueur par jour du tonique à l'Hélénine du Dr de Korab.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 23 octobre au samedi 29 octobre 1904, les naissances ont été au nombre de 875, se décomposant ainsi : légitimes 749, illégitimes 278.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 748, savoir : 387 hommes et 361 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 7. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 1. — Variole : 2. — Rougeole : 0. — Scarlatine : 2. — Coqueluche : 3. — Diphtérie et Croup : 2. — Grippe : 0. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 4. — Tuberculose des poumons : 166. — Tuberculose des méninges : 11. — Autres tuberculoses : 9. — Cancer et autres tumeurs malignes : 57. — Méningite simple : 13. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 29. — Maladies organiques du cœur : 60. — Bronchite aiguë : 2. — Bronchite chronique : 15. — Pneumonie : 35. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 53. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 2. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 2 ; autre alimentation : 26. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 4. — Hernies, obstruction intestinale : 4. — Cirrhose du foie : 6. — Néphrite et mal de Bright : 28. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes genitaux (femmes) : 5. — Septicémie puerpérale (fievre, péritonite, phlébite puerperale) : 1. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 2. — Débilité congenitale et vices de conformation : 18. — Débilité sénile : 24. — Morts violentes : 32. — Suicides : 9. — Autres maladies : 116. — Maladies inconnues ou mal définies : 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 59, qui se décomposent ainsi : légitimes 31, illégitimes 28.

Distinctions honorifiques. — *Légion d'Honneur* : M. Pitres, officier ; M de Nabias, chevalier. — *Officiers d'Instruction publique* : MM. Cannieu, Princeteau, Villar. — *Officiers d'Académie* : MM. Benech, Genté. — *Personnel* : M. Dupouy, agrégé de pharmacie, a eté chargé pendant le semestre d'été 1904 du cours magistral de pharmacie. — MM. Pachon, Sabrazès et Braquehaye, agrégés, sont arrivés le 31 octobre 1904 au terme de leur période d'exercice. Ils sont remplacés par MM. Gautrelet, Abadie et Venote. — M. Verger, nommé agrégé au dernier concours de médecine, prend la place laissée vacante, par M. Le Dantec, nommé professeur. — M. Beille, agrégé d'histoire naturelle, a été maintenu en exercice pour une période de 3 ans.

Médaille d'honneur des épidémies. — *Médailles d'argent*. — MM. les Drs Fockeu (de Lille) ; Magnier (de Beauvais) ; Butin (médecin des troupes coloniales).

Médailles de bronze. — MM. les Drs Puica (de Paris) ; Bonnet (de Saint-Egréve) ; Hernette (de Saint-Martin-de-Ré) ; Robert (du Teil-d'Ardèche),

Médailles de bronze, — M. le Dr Blondeau (de Mamers).

Lettres de félicitations. — M. le Dr Feloquin (médecin militaire) ; M. Briend (élève à l'Ecole du service de santé militaire à Lyon).

Médailles des épidémies. — Par arrêtés du président du conseil, ministre de l'intérieur et des cultes, pris en vertu des décrets des 31 mars 1885 et 22 juillet 1899, la médaille d'honneur des épidémies ou la mention honorable est décernée aux personnes ci-après désignées en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques :

Charente-Inférieure. *Bronze.* — M. le Dr Hernette, médecin du dépôt des forçats de Saint-Martin-de-Ré : épidémie de diphtérie. — Isère. *Bronze.* — M. le Dr Bonnet (Joseph-Marie), médecin en chef de l'asile départemental d'aliénés de Saint-Robert. — Loiret, *Bronze.* — M. Bissauge (René-Etienne), vétérinaire à Orléans, secrétaire du conseil départemental d'hygiène. — Nord. *Argent.* — M. le Dr Fockeu (Henri-Louis), médecin de l'assistance publique, professeur à la faculté de médecine de Lille. — Oise. *Argent.* — M. le Dr Magnier (Alexandre-Adolphe-René-Alfred), médecin de l'hôpital de Beauvais. — *Bronze.* — Mmes Favier (Philomène), en religion sœur Régis ; Vinet (Louise) et Lamotte (Marie), infirmières ; MM. Morel (Edmond) et Vitte (Florent), infirmiers dans le même établissement : grave épidémie de variole de janvier à juin 1904. — Seine. — *Bronze.* — M. Berry (Eugène-Arsène), mécanicien de l'étuve à désinfection de Vanves ; M. le docteur Puica, médecin à Paris ; Mlle Dréville (Marie-Anne), surveillante à l'hôpital de Saint-Denis, attachée aux pavillons d'isolement : a contracté la diphtérie et la scarlatine dans son service. — Marine. — *Argent.* — M. Guillec (François), infirmier-major à la salle des typhiques de l'hôpital de Brest : épidémie de fièvre typhoïde.

Faculté de Lyon. — M. Augagneur, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Lyon, vient d'être nommé, sur sa demande, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à cette Faculté.

Ecole de médecine d'Alger. — M. le Dr Curtillet, professeur de clinique des maladies des enfants, est nommé, pour une période de trois ans, directeur de ladite Ecole.

Ecole de médecine d'Amiens. — M. le Dr Trépant, professeur de pathologie médicale, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire. M. le Dr A.-P. Bernard, suppléant, est chargé, pour l'année scolaire 1904-1905, du cours de clinique médicale.

Ecole de médecine de Grenoble — M. Bagard est chargé, pour l'année scolaire 1904-1905, du cours de physique.

Ecole de médecine de Tours. — M. le Dr Barnsby, suppléant, est chargé du cours de clinique chirurgicale pendant la durée du congé accordé à M. Delagénière (année scolaire 1904-1905).

Hospices civils de Marseille. — *Concours pour la nomination à une place de pharmacien-adjoint des hôpitaux.* — Un concours pour la nomination à une place de pharmacien-adjoint des Hôpitaux sera ouvert le lundi 5 décembre 1904, à trois heures précises, dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille. Les candidats qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des Hospices, à l'Hôtel-Dieu, jusqu'au lundi 28 novembre inclusivement, de 2 heures à 6 heures du soir.

Cours de zoologie. (*Reptiles, batraciens et poissons.*) — M. Léon Vaillant, professeur, ouvrira ce cours le mardi 15 novembre 1904, à une heure, dans l'amphithéâtre du rez-de-chaussée des galeries de zoologie, et le continuera à la même heure, les jeudis, samedis et mardis suivants. Le professeur, traitera de l'organisation, de la physiologie et de la classification des Poissons (2e partie du cours). — téléostéens, cyclostomiens, leptocardiens tant de l'époque actuelle que fossiles, en insistant sur la répartition géographique des espèces, sur leurs propriétés utiles ou nuisibles, sur leur importance dans l'économie domestique, dans l'aquiculture, dans l'industrie, etc. Le cours sera complété par des conférences pratiques au laboratoire, dans les galeries et à la ménagerie.

Cours de culture. — M. Costantin, professeur, commencera ce cours le vendredi 18 novembre 1904, à une heure de l'après-midi, dans l'amphithéâtre des anciennes galeries d'Anatomie (entrée dans l'allée des Reptiles), et le continuera, à la même heure, les mercredis et vendredis suivants. Ce cours sera divisé en deux parties : 1re *Partie.* — Origine des variétés des plantes cultivées (Transmutation, hybridation, etc.). (Ce sujet sera traité le vendredi). 2e *Partie.* — Culture des plantes inférieures (Fougères, champignons, etc.) (Ce sujet sera traité le mercredi.) Des exercices pratiques (Manipulations, démonstrations dans les serres, visites d'exploitations horticoles ou agricoles) auront lieu le lundi ou le dimanche et seront annoncés d'avance à l'Amphithéâtre ou par des affiches.

Médecins députés. — M. le Pr Augagueur, de Lyon, vient d'être élu député socialiste du Rhône, et M. le Dr Dudouyt, député conservateur de la Manche.

Mort d'une centenaire. — A Tilly, commune située à vingt kilomètres de Verdun (Meuse), vient de mourir, à l'âge de près de cent deux ans, Mme veuve Jean Labainville, née Marie Martin. Cette brave femme, qui a conservé sa lucidité d'esprit jusqu'au dernier moment, était née le 3 décembre 1802 (*Bonh. norm.*, 26 oct.)

Association de la presse médicale française. — *Réunion du 4 novembre* 1904. — La quatrième réunion de l'année 1904 de l'association de la Presse médicale française a eu lieu le vendredi 4 novembre 1904, au restaurant Marguery. — Une trentaine de membres y assistaient sous la présidence des Syndics, MM. Lucas-Championnière, A. Robin, et Delefosse.

Correspondance : : Lettre de démission de M. le Pr S. Pozzi

Candidatures : M. le Dr L.-G. Roy (de Paris), rédacteur en chef du Journal le *Médecin* (21, rue Soufflot), est nommé membre titulaire. — M. le Dr A. Millon, rédacteur en chef de la *Revue internationale de médecine et de chirurgie* (Paris, 65, rue St-Lazare), remplace M. Touvenaint, décédé. — M. le Dr Osmont, ré-

dacteur de l'*Année médicale de Caen* (22, rue Jean-Romain) ; remplace M. le Dr MARAIS, nommé membre honoraire.

M. le Pr Ch. RICHET, fondateur, n'ayant plus de journal, devient *membre honoraire.*

Congrès international de Médecine de Lisbonne (1905). : Après avoir pris connaissance d'une lettre du Secrétaire général de ce Congrès, l'Association décide de demander l'adjonction d'un certain nombre de ses membres au Comité natioaal français qu'organise le Pr BROUARDEL, en raison du précédent relatif au Congrès de Madrid (1903).

Questions diverses : Divers membres de l'Association ont donné des détails sur le voyage des médecins français à Londres (MM. Lucas-Championnière, Janicot, etc.), sur la dernière réunion de l'Association de la Presse médicale allemande à Breslau (M. BLONDEL), sur le Congrès international de la Presse à Vienne (M. Pichevin), etc.

Décisions : L'Assemblée décide que désormais le *Conseil judiciaire* de l'Association sera prié de vouloir bien assister à toutes les réunions.

Ordre du jour : Ordre du jour de la prochaine réunion (1er vendredi de février 1905) :

1o *Nomination de la Commission permanente d'admission pour* 1905, par voie de tirage au sort. — 2o CABANÈS *Du droit de réponse dans la Presse scientifique* (Tribunal d'arbitrage). — 3o *Création d'un album photographique.* — 4o *Candidatures.* — 5o *Questions diverses.*

Le Secrétaire général,
Marcel BAUDOUIN.

Enseignement libre.

BACTÉRIOLOGIE MÉDICALE. — Un cours et des exercices pratiques de diagnostic bactériologique commenceront au laboratoire d'anatomie pathologique de M. le professeur CORNIL, le samedi 26 novembre à deux heures et demie, sous la direction de M. le Dr Fernand BEZANÇON, agrégé, chef du laboratoire, et de M. le Dr GRIFFON, préparateur. Le prix du cours et des travaux pratiques est de 60 francs. S'inscrire à la faculté, guichet no 3.

Cours pratique de thérapeutique oculaire. — Le Dr A. TERSON recommencera le jeudi 17 novembre, à trois heures, à sa clinique, 52, rue Jacob, une série de leçons sur le *traitement* des maladies des yeux : Traumatismes de l'œil et des annexes. Maladies non traumatiques des membranes de l'œil, du cristallin, du corps vitré et du nerf optique. Affections de la conjonctive, de l'orbite, des paupières et de l'appareil lacrymal. Traitement *local* (médical et chirurgical). Modifications du traitement *général* en présence de localisations oculaires, syphilis, affections nerveuses, diabète, etc.). *Exercices* opératoires (cataracte, iridectomie, extraction des corps étrangers avec le grand électro-aimant, etc.). Présentation de pièces et de malades. Droit d'inscription : 30 fr. le nombre des élèves est limité. Le minimum des leçons est de 12 et elles auront lieu les *mardis* et *jeudis*, à *trois* heures. S'inscrire les lundis, mercredis et vendredis, 52, rue Jacob, à 2 heures.

— Devant ouvrir très prochainement de nouveaux dispensaires, l'Œuvre de la Tuberculose Humaine demande des médecins laryngologistes. Les candidats devront adresser leur demande au Siège social de l'Œuvre, 9, rue de Bellefond (Paris).

Cours d'ophtalmologie. — Clinique du Dr Jocqs, 60, rue St-André-des-Arts. Pendant l'année 1904-1905, cours complet d'ophtalmologie par le Dr Jocqs assisté du Dr Bruno Bourdeaux, chef de clinique. On peut consulter le programme détaillé et s'inscrire jusqu'au 20 novembre, tous les jours de 2 h. à 4 h. Le nombre des inscriptions est limité.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES, CLERMONT (OISE).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

33e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XX. N° 47. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 19 NOVEMBRE 1904

Le Progrès Médical

GÉOGRAPHIE MÉDICALE

La ville de Givet en Ardennes.

Par le Dr **J. NOIR**

Appelé à faire une période de service militaire dans les Ardennes, à Givet, nous avons employé nos loisirs à étudier en médecin cette petite ville, et à faire connaissance avec ce beau pays. Nous prîmes goût à cette tâche, car nous eûmes la chance d'y trouver un aimable confrère, le Dr Beugnies, à la fois savant géologue et archéologue érudit, qui, avec une complaisance inépuisable, voulut bien mettre à notre service ses connaissances sans bornes sur Givet et ses environs. D'autre part, nous pûmes consulter les précieux documents des Archives de l'Hôpital militaire que M. le médecin chef Hermann mit obligeamment à notre disposition.

Ces documents sont précieux pour l'étude hygiénique d'une petite ville ; ils sont, en effet, rédigés sur un plan bien conçu, et les médecins militaires à qui ils sont dus, connaissent à fond les questions qu'ils traitent et sont plus que tout autre capables de bien observer leur sujet.

En outre une garnison dans une petite ville est un véritable réactif de son état sanitaire. Composée d'hommes choisis et sains, de même âge, soumis tous aux mêmes conditions d'existence, la garnison est un instrument très sensible pour indiquer les variations sanitaires générales de la région qu'elle occupe.

Nous avons jugé les documents que nous avons recueillis et tout ce que nous avons observé suffisamment intéressants pour rédiger avec eux une page de géographie médicale et en faire part à nos lecteurs du *Progrès médical*.

* * *

En 1678, la Paix de Nimègue céda à la France la ville de Givet, sur la Meuse, et sa citadelle de Charlemont. Cette ville, d'abord dépendante des évêques de Liège, avait été pendant 125 ans sous la domination espagnole, et Charles-Quint avait lui-même ordonné de fortifier la falaise calcaire qui la domine. Depuis 1678, Givet est resté français. Vauban construisit ses fortifications, et orna la ville à sa façon ; le marquis d'Asfeld augmenta les œuvres de défense vers le milieu du XVIIIe siècle ; Napoléon fit construire le beau pont de pierre qui réunit les deux parties de la ville, pont qui ne fut terminé que sous la Restauration. Au traité de Vienne, Talleyrand eût dédaigné Givet sans l'insistance d'un diplomate de second ordre, le duc de Richelieu, qui obtint pour la France cette pointe un peu paradoxale qui s'enfonce en coin dans la province belge de Namur. Cette enclave est, en effet, géographiquement aussi belge que française.

En 1892, Givet fut débarrassé de sa trop étroite ceinture de remparts devenus inutiles, et gagna ainsi en hygiène et en beauté sans rien perdre de son pittoresque.

Givet est une petite ville de 5,200 habitants environ, sa population est augmentée d'une garnison de 2,000 hommes, ce qui la porte à plus de 7,000 âmes. La commune de Givet n'est pas une, elle est formée de trois groupements distincts. D'abord les deux villes séparées par la Meuse et le village compris dans la citadelle de Charlemont. Le groupe le plus important sur la rive gauche de la Meuse est Givet-Saint-Hilaire, ou le Grand-Givet ; c'est la ville militaire et administrative avec ses casernes, son hôpital, son église, ses vieilles maisons, le tout bâti par Vauban ou à son époque. De larges rues s'étendent actuellement sur les fossés de ses remparts, récemment rasés, de grandes places : la place d'Armes, la place Méhul, un jardin public, un Hôtel de Ville moderne en face de la vieille église donnent à la ville un aspect propre et riant.

La gare du chemin de fer et un quai de débarquement pour les nombreux bateaux qui font les transports de la Meuse augmentent encore l'importance de Givet-Saint-Hilaire qui est dominé de quatre-vingt-dix mètres par la redoutable forteresse de Charlemont dont les rochers taillés à pic forment au Sud de Givet un mur infranchissable.

Sur la rive droite de la Meuse est Givet-Notre-Dame ou le Petit-Givet, c'est la ville industrielle. Moins saine que le Grand-Givet, elle abrite une population laborieuse qui travaille aux carrières, aux fours à chaux et dans de nombreuses usines. Une importante fabrique de pipes, des manufactures de crayons, des tanneries réputées qui s'étendent sur la petite rivière de la

Houille, plus loin une fabrique de soie et en dehors de la ville une usine de colle font du Petit-Givet un centre industriel assez important. Les rues sont encore ici larges et propres, une place avec de vieux arbres se trouve à l'abord du pont et non loin est l'église de Notre-Dame qui porte sur son clocher, marquée au moyen de crampons de fer selon la coutume du pays la date de 1612. Cette église au clocher pointu fait contraste avec la massive église de Saint-Hilaire construite par Vauban. Victor-Hugo s'est moqué du clocher baroque de cette dernière dans la description de son voyage au Rhin, tout en vantant sans réserves les beautés du pittoresque Givet.

Le Petit-Givet est lui aussi adossé au nord d'un plateau rocheux qui vient brusquement se terminer en une falaise moins haute que celle de Charlemont. Ce plateau, le mont d'Haurs, est recouvert de fortifications du XVIII[e] siècle en ruines. A son extrémité, se dresse une vieille tour du XII[e] siècle, la tour Grégoire qui fait face à une tour plus ancienne du IX[e] siècle établie sur la berge gauche de la Meuse, la tour de la Victoire, qui abrite aujourd'hui le seul représentant de la police municipale de Givet.

La Meuse, qui coule ainsi entre les deux Givet, est un fleuve large dont le courant est ralenti par les nombreux barrages élevés pour faciliter la navigation, elle sort d'un long et étroit couloir où elle serpente entre deux murailles de rochers abrupts, souvent à pic, et à Givet se trouve dans un bassin élargi et riant. Elle rentre en Belgique à 1500 mètres de Givet et s'enfonce dans un nouveau couloir assez sinueux où elle coule jusqu'à Namur.

Le terrain de cette région ardennaise est de l'époque dévonienne, les rochers sont formés de calcaire bleu, coloration due à un mélange de charbon au calcaire ; de temps à autre une mince veine de carbonate de chaux cristallisé raye de blanc la pierre bleue qui se clive en couches parallèles parfois séparées par un filon d'argile. Ces couches que l'on observe sur les deux rives de la Meuse offrent les directions les plus variables. Elles ne correspondent pas d'une rive à l'autre, ce qui met en droit de supposer que le lit de la Meuse suit le trajet d'une faille gigantesque. Le bassin même de Givet est formé d'une couche superficielle de calcaire assez perméable, l'eau se rencontre de 2 m. 50 à 5 mètres au-dessous du niveau du sol et suit les fluctuations de la Meuse. Ce terrain est peu fertile.

Climat. — Givet, se trouvant à 100 mètres d'altitude au fond d'une cuvette ouverte au nord, protégée au sud, traversée par un fleuve important, au cœur de cette région montagneuse des Ardennes qu'on appelle les Fagnes, a par suite un climat assez rude. Les vents du nord et nord-est dominent, balayent la ville et s'engouffrent dans l'entonnoir de la Meuse. La brume et les brouillards sont fréquents en automne et en hiver, les pluies sont assez abondantes et la neige tombe pendant 3 mois de l'année en moyenne, mais d'une façon très intermittente. On pourrait citer de nombreux hivers où en additionnant toutes ses apparitions elle n'a pas eu une durée totale de plus de deux jours. En revanche les gelées sèches y sont assez longues et fréquentes. Il n'y a pour ainsi dire pas de printemps. Les variations climatériques sont brusques et fréquentes. La température moyenne est de $+7°$, mais le thermomètre, qui monte jusqu'à $+43$ en été, est descendu jusqu'à $-22°$ en hiver. Malgré cela la Meuse est rarement gelée.

Ressources du pays. — La région, peu fertile, ne produit guère que des forêts. Les quatre cinquièmes des vivres doivent venir des pays voisins.

La viande de boucherie est importée de Vouziers. La culture maraîchère est presque nulle et la ceinture de douanes qui ferme le canton de trois côtés rend difficile l'approvisionnement par la Belgique, ce qui fait plus coûteuses les conditions d'existence.

Population. Ses origines. Ses conditions d'existence. — La population est nettement ardennaise. Les habitants ne diffèrent en rien de ceux des villages belges environnants. Le givetois, comme tous les wallons, est le produit d'un mélange de races germaniques et latines où les dernières ont nettement gardé l'influence prédominante (1). Le patois du pays est un patois wallon à peu près dépourvu de racines germaines et qui est bien d'origine latine. Les races autochtones n'ont pas laissé de traces sensibles. Dans les belles grottes de Nichet, à quelques kilomètres à l'est de Givet, en territoire français, le D[r] Beugnies a découvert des ossements humains mélangés à des os de mammouth. Il nous a montré, dans son intéressant petit musée local, un humérus, trouvé dans ces grottes, et parfaitement conservé, qui peut suffire à reconstituer assez exactement l'aspect des troglodytes qui ont jadis peuplé la contrée. Ces primitifs formaient une petite race dont la taille ne devait guère dépasser 1 mètre 40. Elle était assez peu musclée, si l'on peut en juger par le manque de saillie des points d'insertions musculaires. Cette race était la même que celle très étudiée de Furfooz qui habitait non loin de là en Belgique les cavernes de la vallée de la Lesse. Ces troglodytes n'ont certes pas pour descendants les wallons généralement grands et forts ; ils ont laissé dans la mémoire du peuple un souvenir légendaire sous le nom de *Nutons*, synonyme de farfadets.

La population de Givet est sédentaire. Il se produit une immigration belge, mais elle n'est que fort passagère. Elle consiste dans des ouvriers de villages avoisinant la frontière qui viennent travailler dans les usines de Givet apportant leurs vivres, ce qui leur permet d'exiger un salaire un peu moins élevé.

A Givet la vie coûte un tiers en plus que dans les bourgs belges environnants et les salaires sont d'un tiers plus élevés qu'en Belgique. Les salaires journaliers moyens ne dépassent pas 2 fr. 50 pour les hommes et 1 fr. 35 pour les femmes et, malgré cela, il y a peu de vraie misère à Givet, presque tous les ouvriers possèdent leur petite maison et leur jardin. Le plus grand facteur de misère est l'alcoolisme qui paraît aller en s'accroissant de jour en jour.

Natalité. Mortalité. Morbidité. — Malgré la rigueur du climat, l'état sanitaire est généralement bon. La natalité est supérieure à la mortalité assez faible (2), mais cette natalité ne varierait guère depuis 20 ans (120 naissances par an en moyenne).

Les enfants, généralement bien soignés, sont surtout nourris au sein, car le lait de vache est rare et médiocre dans la région peu riche en pâturages. La mortalité infantile serait assez faible.

Les maladies les plus fréquentes sont les affections aiguës : rhumatisme articulaire, bronchites aiguës, pneu-

(1) Malgré la légende qui prétend que les Espagnols ont laissé la trace de leur passage dans la population de Givet, le type des habitants n'a absolument rien de méridional.

(2) 10 pour 1000 environ.

monies, broncho-pneumonies, gastro-entérites aiguës, etc. Les industries cantonnées dans un seul point du Petit-Givet ou en dehors sont assez bien isolées, peu malsaines et les maladies professionnelles sont peu nombreuses.

Les *maladies épidémiques* sont rares. Pour en juger, les registres militaires sont intéressants à consulter. La fièvre typhoïde qui jadis à donné lieu à de petites épidémies (de 25 à 18 cas annuels de 1867 à 1871 ; 52 cas en 1876, 42 cas en 1880, 27 cas en 1881) est devenue beaucoup plus rare depuis que la ville a été pourvue d'eau autre que celle des puits, en 1899. Depuis cette époque l'on n'a observé que quelques cas, souvent importés ; il faut faire cependant une exception pour 1900 où des travaux de démolitions de latrines dans la caserne principale a déterminé une épidémie limitée à cette caserne avec un total de 58 cas et 6 décès.

La *rougeole*, et la *variole* sont rares.

La *scarlatine* a donné lieu à de véritables épidémies. En 1888, il y eut 167 cas dans la seule garnison ; en 1890, 40 cas ; en 1893, 49 cas ; en 1896, 48 cas. La *diphtérie* se manifeste par quelques cas sporadiques peu fréquents. Cependant en 1892 elle affecta une forme épidémique dans la population civile. La *coqueluche* existe tous les ans sans être fréquente. La *grippe* sévit à Givet comme partout, mais n'y a jamais été plus particulièrement grave. L'*impaludisme* est ici inconnu.

La *tuberculose pulmonaire* produit environ 8,5 pour 100 des décès. Les tuberculoses osseuses et la scrofule sont rares.

L'*alcoolisme* fait de constants progrès. Il retentit sur le nombre des maladies mentales jadis peu fréquentes et augmente sensiblement le nombre des suicides.

Les débits et les estaminets se multiplient dans la ville. Ces débits affectent l'apparence hypocrite de la maison privée. Pas de larges baies vitrées, pas de zincs étincelants, pas de portes largement ouvertes, qui invitent à entrer le consommateur. Le buveur se glisse furtivement dans le couloir d'une maison dont la destination est à peine désignée, il ouvre une porte latérale et se trouve dans la salle du débit qui paraît à demi claudestin. Là il peut s'alcooliser à l'abri des regards indiscrets. Il n'y a pas dans ce pays la fanfaronnade et l'étalage du vice si fréquents à Paris et dans les pays plus méridionaux. Cette discrétion est-elle un bien ? Elle nous paraît au contraire dangereuse.

Les *maladies vénériennes* à Givet sont rares et le plus souvent importées du dehors. Il y a deux maisons de prostitution bien en vue sur le bord de la route, au voisinage de la grande caserne. Elle sont médicalement surveillées, mais l'absence d'hôpital civil nous paraît rendre cette surveillance peu efficace.

Services Publics. — Les maisons à Givet sont bien bâties en pierres, recouvertes d'ardoises, élevées d'un ou deux étages Les intérieurs sont très propres. Les rues sont régulières et assez bien tenues. La ville est pourvue *d'égouts* récents et bien construits qui se jettent dans la Meuse au Nord, mais l'eau du sous-sol se trouve à une faible distance, la surface et la pente des égouts est très faible. Il s'ensuit que peu de maisons ont le tout à l'égoût (1). Les fosses d'aisances non étanches pour la plupart, à demi remplies d'eau lors des crues de la Meuse, ont dû être conservées. Ces fosses mal vidangées, qui avoisinent des puits dont l'eau avant 1899 servait encore à l'alimentation, offraient donc un véritable danger.

La question des eaux fut longtemps un des plus grands soucis de la municipalité givétoise. Elle est parvenue en partie à combler cette lacune et les médecins militaires toujours hantés par la crainte de la fièvre typhoïde ont fait une remarquable étude des eaux de la ville dont nous donnerons le résumé.

Les eaux alimentaires. — Les eaux de la Meuse souillées par toutes les industries qui s'égrènent le long de sa vallée ne sont pas potables et Givet ne peut s'alimenter directement au fleuve.

Trois genres d'eau alimentaire existent ; les puits, la source des Trois Fontaines et les Eaux de la Houille.

Les puits sont nombreux à Givet. L'eau vient manifestement de la Meuse car le niveau des puits est toujours le même que celui du fleuve ordinairement à 5 ou 6 mètres du niveau du sol.

Le plus souvent l'eau de puits est ici moins mauvaise qu'on pourrait le présumer puisque, dans nombre de maisons, l'absence des fosses d'aisances étanches rendent son usage dangereux. Cela tient à ce que la couche de calcaire superficielle du sol de Givet est perméable et suffisamment compacte pour faire un excellent filtre. La rareté de la fièvre typhoïde en est une preuve manifeste.

Les casernes et le grand Givet recevaient naguère l'eau des Trois-Fontaines. Actuellement, cette eau n'alimente que le hameau des Trois-Fontaines et le grand quartier ou caserne Rougé.

Les sources des Trois-Fontaines émergent au pied du massif de Charlemont non loin de la Meuse, à 2 kilomètres 1/2 au sud du pont de Givet et à 125 mètres d'altitude. Le terrain dont elles sortent est un calcaire de l'époque dévonienne, dont les couches brisées sont inclinées de 90°. Ce calcaire est compact.

Des veines d'argile, des schistes à la partie supérieure et au sud du plateau de Charlemont des schistes argileux forment la composition des terrains avoisinants et, étant donnés les brisures des couches rocheuses, l'hypothèse de failles est probable bien que non constatée. C'est dans ce terrain, au voisinage de carrières exploitées depuis deux siècles, que sont creusés la galerie et le puits qui servent au captage des sources de Trois Fontaines.

Le puits a 3 m. 30 au-dessus du niveau de l'eau et en moyenne la profondeur de l'eau est de cinq mètres.

On ignore la provenance précise des eaux et les recherches sont restées sans résultats.

Lorsque de grandes pluies surviennent, les eaux se troublent légèrement 24 heures après, en entraînant de l'argile. Ces eaux sont bonnes, très pures, incolores, inodores, insipides, assez aérées. L'examen bactériologique pratiqué a fait constater 50 germes aérobies par centimètres cubes et l'on n'a pas trouvé de microbes pathogènes La température de l'eau en été est de 15 à 16°. La pression est faible (5 à 6 mètres). Elle est distribuée sans réservoir par l'intermédiaire d'une canalisation en fonte. Somme toute l'eau des Trois-Fontaines offre de sérieuses garanties. Elle a cependant besoin d'être surveillée car à 900 mètres des sources est le village de Foische, qui bien que séparé du niveau de la source par un massif de 71 mètres d'épaisseur pourrait la souiller par ses déjections s'il existait par hasard une faille.

L'eau des Trois-Fontaines était insuffisante. Pendant les chaleurs de l'été le Grand-Givet était obligé de recourir aux puits, les casernes même, lorsque les cha-

(1) Le tout à l'égout existait à l'hôtel d'Angleterre, hôtel installé à la moderne où nous avons séjourné.

leurs étaient exceptionnelles, manquaient d'eau et le Petit-Givet n'était pas pourvu.

La municipalité remédia à cet état de choses et depuis juin 1899, les deux Givet sont pourvus en abondance par les eaux de la Houille.

La Houille est un affluent de la rive droite de la Meuse qui se jette dans le quartier Nord du Petit-Givet. Elle prend sa source en Belgique, baigne le village belge de Vencimont, reçoit la Hulle, alimente un moulin belge à 1 kilomètre de son entrée en France où elle reçoit deux petits ruisseaux d'un débit assez important et dont le bassin est en entier sur le territoire français. La Houille est captée sans drainage au bief du canal du Moulin de Landrichamps à 7 kilomètres au nord-est de Givet. La rivière et ses affluents ne tarissent jamais. Leur débit au point de captation ne descend jamais au-dessous de 400 litres par seconde et le débit moyen est de 1700 litres.

La conduite des eaux est faite au moyen d'une canalisation en fonte qui, au voisinage du village de Frommelennes, se déverse dans un réservoir en maçonnerie de 400 m. c. La canalisation suit ensuite le pied des rochers du Mont d'Haurs au Sud du Petit-Givet, à l'abri de toute souillure et traverse le pont pour alimenter le Grand-Givet et suppléer à l'insuffisance des Trois-Fontaines dans les casernes.

Les eaux de la Houille sont médiocres comme eaux d'alimentation. Elles viennent de ravins dont l'ossature, comme dans toutes les Ardennes est formée de calcaire dur, peu perméable, du système cambrien, où les eaux de pluies s'écoulent rapidement, insuffisamment filtrées par une couche trop faible de terre végétale. Ces eaux ont une légère saveur de terre peu agréable, elles sont souvent colorées, les pluies les troublent tout aussitôt. Elles sont chaudes en été et peuvent souvent paraître suspectes; Mais en dépit de ces inconvénients elles ont leurs avantages. Elles sont d'abord abondantes et dans la région de Givet on ne pourrait pas trouver mieux. Si une analyse en juin 1899, faite par les soins de l'autorité militaire, a fait constater au captage 3260 germes aérobies; en mars 1900 des échantillons prélevés aux bornes-fontaines ne décelaient pas plus de 550 à 660 de ces germes, et on ne trouvait aucun germe pathogène. La rareté de la fièvre typhoïde à Givet plaide en leur faveur. La Houille a l'avantage de couler dans une région presque inhabitée. Sur son cours de 30 kilomètres environ avant sa captation, il n'existe que le village belge de Vencimont et elle offre un trajet de 12 kilomètres sans agglomération humaine. Il en est de même pour les ruisseaux affluents. Il est vrai que son cours supérieur en Belgique ne se prêterait pas facilement aux enquêtes en cas d'épidémies. Peut-être pourrait-on se borner, suivant le vœu exprimé par un médecin militaire, à capter les deux ruisseaux affluents qui ont un débit abondant et dont les bassins entièrement sur le territoire français pourraient être sévèrement surveillés. Reste à savoir s'ils donneraient à la ville une quantité d'eau suffisante.

Les autres services publics civils de Givet sont assez sommairement organisés. Une *Commission d'hygiène* fonctionne, mais son rôle est purement consultatif et l'on écoute assez peu ses conseils. La Compagnie de l'Est et l'hôpital militaire sont pourvus d'étuves à désinfection qui peuvent servir au besoin. Les *Ecoles* sont suffisantes bien que la plupart soient anciennes. L'*Assistance médicale gratuite* se fait à domicile. les médecins civils médiocrement rétribués se partagent, pour l'assurer, la ville en circonscriptions. Il n'y a pas d'assistance médicale dans la campagne environnante.

Bien que ville industrielle, Givet qui s'est offert récemment un hôtel de ville monumental et va édifier un hôtel des postes, *n'a pas d'hôpital civil*. Les blessés y sont soignés à domicile comme on le peut. Ils sont parfois dirigés sur l'hôpital de Mézières où on les accepte de mauvaise grâce. En cas d'extrême urgence on doit avoir recours à l'hôpital militaire, mais là on se heurte aux rigueurs d'un règlement draconien. Les aliénés sont envoyés à l'asile de Prémontré dans l'Aisne. Il serait facile par une entente de la municipalité et de l'Etat d'obtenir la transformation de l'hôpital militaire beaucoup trop considérable pour la petite garnison en hôpital mixte qui serait largement suffisant. On peut en juger par la description suivante :

L'Hopital militaire. — L'hôpital militaire est situé sur la rive gauche de la Meuse à l'extrémité Nord du Grand-Givet. Cet hôpital bien isolé, est bâti sur un terrain plat séparé de la rivière par un quai assez large qui sert de port aux bateaux. Ce petit hôpital est de construction ancienne. Il fut élevé de suite après la paix de Nimègue selon le type que Vauban donnait à ces constructions et les archives du génie portent que les premières réparations qui y furent faites datent de 1692. Cette origine nous explique l'épaisseur étrange des murs de cet hôpital (1 m. 25) et la massivité de ses portes qui, avec leurs énormes serrures et leurs clefs démesurées, font plutôt penser à une prison qu'à un hôpital.

L'hôpital est bâti entre deux cours et forme un long bâtiment à deux façades, la principale regardant le Nord-Ouest, la seconde donnant sur la Meuse exposée au Sud-Est. Des constructions annexes peu élevées sont construites en avant de la cour d'entrée.

L'hôpital de Givet a 100 lits, qui pourraient facilement en cas d'épidémie être portés au nombre de 136. Il occupe une surface totale de 3.560 m.q. dont 1.244 sont bâtis. Il comprend 4 salles de malades, 2 au premier étage et 2 au second étage de 21 lits chacune, une chambre d'isolement de 4 lits au deuxième étage, une chambre pour les consignés de 4 lits au 1er étage. Il y a en outre au deuxième étage une salle de 4 lits pour les sous-officiers, une de trois lits pour les officiers et une chambre d'un lit pour les officiers supérieurs. Le cubage d'air par lit est de 25 mètres cubes au premier étage et de 28 m. c. au second, l'étage étant plus élevé. Chaque lit occupe 7 mètres carrés de superficie. Les salles sont bien tenues, les croisées percées en face les unes des autres séparent chaque lit et permettent une aération rapide. Ces croisées sont percées assez haut au-dessus du niveau du plancher, mais des ventouses ont été percées au ras du parquet et permettent avec les carreaux Castaing qui garnissent les fenêtres d'obtenir une ventilation suffisante. Le chauffage s'effectue au moyen de poêles en faïence ou en fonte.

Il est, paraît-il, suffisant. Au voisinage des salles existent les latrines à clapet dont les murs sont recouverts de faïence et des urinoirs : un système de chasse automatique à siphon entretient la propreté. Le tout à l'égout existe à l'hôpital. Il n'y a pas de réfectoire pour les malades qui sont obligés de manger dans les salles. Des lavabos se trouvent au rez-de-chaussée. Il y existe encore une salle de bains un peu sombre et une seconde salle de bains plus convenable pour les offi-

ciers. Il n'y a pas de salle d'opération, mais cette lacune sera sans doute bientôt comblée, des crédits spéciaux ont été alloués pour sa construction prochaine.

Les services annexes comprennent la salle des morts et l'amphithéâtre, bien isolés dans un pavillon spécial à droite de l'entrée de l'hôpital, un hangar où est abritée une étuve, système Vaillard pour la désinfection. La cuisine, la dépense, la pharmacie très grande, occupent le rez-de-chaussée et sont bien installées. Un vestiaire un peu petit, une buanderie récemment améliorée, une lingerie située au premier complètent les services annexes. Signalons encore le cabinet du médecin chef dans un petit bâtiment derrière la loge de la concierge, le cabinet de l'officier gestionnaire et un local pour les archives et la chapelle. De bonnes caves forment le sous-sol, mais quand il y a élévation des eaux, elles sont inondées. Une pompe à incendie est installée pour parer à cet inconvénient.

Dans les mansardes est installé le casernement des infirmiers ; il serait insuffisant si l'effectif du détachement n'était assez réduit. Le grenier est occupé par la matelasserie.

La cour située en arrière du bâtiment et plantée d'arbres sert de lieu de promenade aux malades. Un petit jardin est le promenoir des officiers. Les égouts bien organisés avec des regards suffisants vont directement à la Meuse. Trois puits dont on ne se sert plus, existent dans l'hôpital qui depuis juin 1899 est abondamment pourvu par la ville d'eau de la Houille.

Cet hôpital, bien que non moderne, peut être suffisant pour une petite garnison lorsque la salle d'opération aura comblé une sérieuse lacune. Une salle du deuxième étage est réservée à l'isolement de la tuberculose ouverte. Il serait désirable d'y voir annexer un pavillon de contagieux permettant un isolement véritable et de construire un réfectoire et une salle de réunion pour les malades qui ne sont pas retenus au lit.

Les casernes. — La garnison de Givet forme au moins le tiers de la population surtout si l'on tient compte des officiers et des douaniers fréquemment mariés et installés dans la ville avec leur famille. L'installation des casernes doit donc tenir une part importante dans l'hygiène de la cité.

La garnison de Givet comprend un régiment d'infanterie et une batterie d'artillerie, plus un détachement d'infirmiers pour le service de l'hôpital militaire, soit un effectif moyen de 2.000 hommes. Cette garnison est logée dans les deux casernes et la citadelle de Charlemont.

La caserne la plus importante est le grand quartier ou caserne Rougé construite en 1680 au pied de Charlemont sur les bords de la Meuse, près de la porte Ouest de Givet, qui abrite deux bataillons d'infanterie. Cette caserne est à 102 mètres d'altitude, à quelques mètres de la rivière et sur le bord de la grande route qui, avec le chemin de fer, la sépare seule des rochers à pic du fort. Construite sur les plans de Vauban, son rez-de-chaussée avait été aménagé en écuries pour la cavalerie de la garnison. Depuis 1873, elle abrite seulement de l'infanterie. Ses bâtiments sans solution de continuité ont plus de 400 mètres de long; et 14 à 15 mètres de large. Ils sont élevés de 11 à 12 mètres. Les chambres, bien qu'anciennes, sont assez aérées et il en est de nouvellement aménagées qui ne laissent rien à désirer. La caserne paraît construite sur des terrains rapportés. La nappe d'eau souterraine est à 4 mètres et varie avec le niveau de la Meuse: Les latrines qu'on vidange chaque jour sont installées selon le système Goux. Les anciennes fosses non étanches qui communiquent avec la Meuse ne reçoivent que les urinoirs qui gagneraient sans doute à aller directement au fleuve. Les fumiers et immondices sont déposés au nord de la caserne près de la rivière. Quelques soins qu'on prenne de ce dépotoir, il est une cause d'insalubrité. Les eaux viennent des sources des Trois-Fontaines et les eaux de la ville (provenant de la Houille) peuvent en cas de pénurie être distribuées. Un des plus sérieux inconvénients de la caserne Rougé est le long couloir formé par la façade et le rocher de Charlemont qui, en hiver, est traversé par de dangereux courants d'air. Le voisinage immédiat de la Meuse n'est pas en outre sans inconvénients. La seconde caserne ou caserne Charbonnier, au nord de la ville, près de l'hôpital, est très aérée, bien que contemporaine de la caserne Rougé, elle est très saine. Pourvue d'égouts qui se jettent dans ceux de la ville, son état sanitaire est toujours meilleur que celui du grand quartier. Mais elle n'abrite qu'un nombre très restreint de soldats, deux compagnies d'infanterie.

La citadelle et le village de Charlemont. — Charlemont est une énorme citadelle qui renferme un village en son sein. Il domine de 90 mètres les bords de la Meuse et la Caserne Rougé, s'étend au Sud-Ouest de Givet à une altitude de 192 mètres.

Charlemont fut fondé en 1555, devant un ancien chateau gothique dont il existe encore quelques ruines, par l'architecte de Brück, sur l'ordre de Charles-Quint qui lui donna son nom. Cédé à la France à la paix de Nimègue, le fort fut remanié par Vauban qui y fit construire la chapelle actuelle et de nouvelles casernes. Depuis, les fortifications ont été sans cesse accrues ou remaniées plus particulièrement en 1735 par le marquis d'Asfeld ; une partie au N.-O. de ce système de défense, le fort Condé, est actuellement déclassé. Charlemont est bâti presqu'entièrement sur le roc ce qui n'empêche pas que la petite place rectangulaire au-devant de l'Eglise soit plantée d'assez beaux arbres.

L'orientation des rues de ce village où les habitations civiles se mêlent aux bâtiments militaires et aux casernes est Ouest-Est ; les rues sont balayées par les vents d'ouest dominants. Les casernes datent les unes de l'occupation espagnole, les autres du XVII[e] siècle. La caserne Morlot porte la date 1680. Elles sont petites et forment des pavillons isolés ce qui compense avec le vent le manque relatif de confortable de ces constructions.

Elles sont munies de latrines système Goux. Les eaux résiduelles sont évacuées par un égout dans les pierrailles du glacis à l'Est du fort.

Il existe à Charlemont un minuscule cimetiere dont les fosses ne dépassant pas 0 m. 65 sont un danger pour cette agglomération. D'autre part la rareté de l'eau empruntée aux citernes ne permet pas aux logements civils d'être toujours très bien tenus. Malgré tout, à Charlemont les malades infectieuses sont remarquablement rares à cause de sa ventilation exceptionnelle. Mais le froid y est très vif et les maladies à frigore fréquentes. Les médecins se plaignent des débits de boissons trop nombreux pour le petit chiffre de la population ; autant de tentations dangereuses, quand les cantines seraient amplement suffisantes. Cette population comprend l'effectif d'une batterie d'artillerie, de deux compagnies d'infanterie et d'une centaine de civils pour la plupart formant des familles de douaniers.

Vingt-cinq enfants environ habitent Charlemont et comme il n'y a pas d'écoles, ces malheureux enfants

doivent en hiver sous le vent glacé qui y souffle constamment et dans la neige qui y séjourne parfois plusieurs mois, descendre et monter la rude rampe de la citadelle pour aller en classe. Ne pourrait-on pas créer là-haut une petite école mixte qui rendrait sans grands frais les plus grands services aux habitants de Charlemont ?

Les eaux de Charlemont. — La citadelle et le village de Charlemont sont pourvus d'eau de citerne. Les trois citernes peuvent contenir 40.000 hectolitres d'eau environ. Elles sont alimentés parles eaux de pluie qui tombent sur les toits d'ardoises des principaux bâtiments et qui traversent des filtres de 3 mètres d'épaisseur en gravier et en charbon. Fait remarquable à noter il n'y a jamais eu de cas de fièvre typhoïde à Charlemont.

D'autres citernes spéciales sont aménagées en cas de siège. Les habitants de Charlemont se servent d'une source de faible débit (La-Fontaine-au-Roi) située au bas du fort et au nord du plateau pour le blanchissage du linge.

***

Cette rapide description peut suffir à donner une idée exacte de la petite ville de Givet au point de vue un peu exclusif où se place le médecin.

Malgré la rudesse du climat, la région givetoise est donc un pays particulièrement sain qui pourrait avantageusement servir de centre de villégiature estivale. La vallée de la Meuse, et ses curiosités géologiques, les gorges pittoresques de ses affluents, les collines boisées des Ardennes pourraient offrir maints buts d'excursions intéressantes. C'est ce que les Belges ont bien compris et ils ont merveilleusement tiré parti des avantages de cette vallée, trop abandonnée en France aux seules industries. De Givet à Namur les bords de la Meuse n'offrent qu'une longue suite de villas et de chalets. Toutes les villes, tous les bourgs sont envahis par les citadins belges et même par les étrangers. Citerons-nous Hastières, Waulsort, Dinant, Bouvignes, Yvoir, Godinne, etc.

Pourquoi en France n'en ferait-on pas autant ? Monthermé, Revin, Fumay, Laifour, Vireux et Givet pourraient soutenir la comparaison.

A notre époque où les habitants des villes sont épris de campagne et courent fort loin chercher le lieu favori où l'on peut faire une cure d'air, il leur serait aisé de trouver par là des coins abrités, pittoresques et d'accès faciles dont le séjour serait agréable en été. Une des raisons qui, peut-être, éloigne de Givet et de la partie française de la vallée de la Meuse les personnes qui vont en villégiature en Belgique, est l'élévation relativement sensible des frais de séjour. Nous en avons expliqué la cause, l'isolement de l'enclave ardennaise avoisinant une région française peu fertile et séparée de la Belgique et plus particulièrement de la contrée maraîchère de Philippeville par une ceinture de douanes. L'Etat ne ferait-il pas bien de doter cette pointe de tarifs douaniers spéciaux comme cela existe sur quelques points de la frontière suisse ?

Dans un prochain article nous traiterons rapidement des superstitions touchant la médecine et des pèlerinages où se font les guérisons miraculeuses particuliers à cette région des Ardennes. M. le Dr Beugnies, soit au cours de conversations privées, soit dans des mémoires inédits, nous a amplement documenté à cet égard et cette hagiothérapie ne manque ni de pittoresque, ni d'intérêt pour le médecin et pourra servir de complément intéressant à ce court article sur la ville de Givet.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Ouverture des cours.

Cours d'anatomie : M. le Pr POIRIER.

M. le Pr Poirier a commencé son cours le mercredi, 9 novembre, à 4 heures, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole pratique. La vaste salle était, bien avant l'heure, remplie jusqu'aux derniers gradins par une assistance animée et bruyante, dont l'attitude annonçait de façon manifeste une séance houleuse.

Le motif de cette effervescence était, on s'en doute bien, le discours fait au dernier Congrès de Chirurgie par le Pr Poirier, à la suite de la communication du Dr Doyen sur le traitement du cancer, et si l'on en juge par le bruit qu'ils faisaient, les partisans de Doyen étaient nombreux. Aussi l'entrée du professeur fut-elle le signal d'une véritable tempête : les uns crièrent « Vive Doyen ! » avec accompagnement de toute la gamme des sifflets, du grave au suraigu, d'autres protestèrent en sens inverse et crièrent : « Vive Poirier ! », tous avec une vigueur qui faisait également honneur à la chaleur de leurs convictions et à la force de leurs poumons, et ce fut, pendant plus d'un quart d'heure, le déchaînement de tous les bruits divers et intenses dont l'assourdissant mélange caractérise ce qu'on a coutume d'appeler un chahut carabiné. Très calme, très maître de lui, M. Poirier prit le seul parti qu'il y ait à prendre en pareille occurrence : attendre tout tranquillement l'apaisement de l'orage, et le moment où, las de crier et d'intervertir les rôles, l'auditoire voudra bien reprendre le sien et laisser parler le professeur. Au bout d'un certain temps, il put enfin, pendant des accalmies relatives, arriver à faire entendre quelques phrases. Il dit qu'il ne lui déplaît pas de voir la jeunesse affirmer sa vitalité par des manifestations, même bruyantes, de ses opinions, mais qu'il revendique pour lui, comme pour les autres, la liberté de discussion et le droit de critique ; qu'il s'est, d'ailleurs, suffisamment expliqué dans son discours au Congrès et depuis ; qu'il serait enchanté le jour où il serait démontré que M. Doyen a raison, etc... Et il demande qu'on le laisse maintenant commencer son cours. Ces paroles auraient dû, semble-t-il, suffire à ramener le calme dans les esprits ; malheureusement, il n'en a rien été, et après avoir, au milieu de reprises de bruit et d'interruptions d'un goût douteux, rappelé l'organisation de l'enseignement pratique de l'anatomie à la Faculté de Paris, et indiqué le rôle du professeur d'anatomie, qui consiste à condenser dans son cours les leçons données dans les salles de dissection, et à tenir les élèves au courant des acquisitions nouvelles de la science anatomique, M. Poirier dut encore s'arrêter. Il déclara qu'il resterait là jusqu'à la fin de son heure, mais qu'il renonçait à poursuivre sa leçon dans de semblables conditions, et qu'il ne la reprendrait que quand on se serait décidé à l'écouter en silence.

Quelques minutes plus tard, en dépit d'une nouvelle tentative d'obstruction, d'une minorité de tapageurs quand même, il put reprendre la question d'anatomie à laquelle il comptait consacrer la fin de sa leçon, et il exposa, avec son talent habituel, des données nouvelles et des plus intéressantes sur l'anatomie du péricarde.

A un certain moment de la séance, M. Poirier a dit que la tenue d'une partie des assistants était de nature à faire tort à la bonne réputation du corps des étudiants. En disant cela, il a eu trois fois raison ; une fois leur opinion manifestée par un bon petit chahut *secundum artem*, il eût été sage de la part des assistants de s'en tenir là, et de laisser ensuite se commencer normalement un cours dont ils connaissent la valeur, et dont ils iront sans nul doute entendre en gens raisonnables les leçons ultérieures. Cette scène de désordre, désormais sans raison, sans rapport avec le motif de l'émotion primitive, qu'une minorité fort mal inspirée prolongeait comme à plaisir, au détriment et manifestement contre le gré d'une forte majorité de travailleurs, cette scène, disons-nous, nous a laissé une impression pénible, et elle pourrait donner une assez mauvaise idée des étudiants, — nos confrères de demain, — si l'on n'était pas en droit d'hésiter fortement à attribuer à de vrais étudiants les interruptions fâcheuses qu'on a pu y entendre.

Cours de clinique médicale : M. le Pr HAYEM.

M. le prof. Hayem a commencé son cours de clinique médicale le samedi 12 novembre 1904 à l'hôpital Saint-Antoine, devant un amphithéâtre bondé d'élèves. Il se propose, cette année de revenir sur les rapports qui existent entre les grandes maladies générales de la nutrition et la plupart des maladies locales. « La médecine, dit M. Hayem, est une science très ancienne et cependant très jeune, car elle se renouvelle constamment. Aussi peut-on revenir sur les maladies chroniques, sur l'arthritisme, dont les notions viennent d'être complètement rajeunies, entièrement transformées. »

Dans sa première leçon, M. Hayem examine les idées des dermatologistes sur l'étiologie des grandes maladies générales, puis il passe en revue les théories nerveuses de Lancereaux, humorales de Bouchard, et termine en montrant que, selon lui, les maladies générales sont des tropho-névroses dues à une perturbation des centres bulbo-encéphaliques.

Les leçons auront lieu tous les mardis et samedis matin, à dix heures, au pavillon Moïana, à l'hôpital Saint-Antoine. Lucien Graux.

Clinique chirurgicale infantile : M. le Pr KIRMISSON.

M. le Pr Kirmisson a commencé son cours de clinique chirurgicale infantile, le mardi, 8 novembre, à l'hôpital des Enfants-Malades. Après quelques considérations comparatives sur la chirurgie infantile et la chirurgie générale, il a appelé l'attention sur l'importance des deux voies à suivre dans les études cliniques : les visites dans les salles et les leçons à l'amphithéâtre.

Dans la salle, les élèves examinent eux-mêmes les malades, et on leur apprend à utiliser, pour les appliquer à chaque cas particulier, les notions générales qu'ils ont acquises d'autre part ; l'enseignement à l'amphithéâtre procède en sens inverse, il fait de l'étude d'un cas particulier le point de départ d'une leçon plus générale. M. Kirmisson exprime le regret que nombre d'élèves négligent trop de suivre les visites des salles. Parmi les affections chirurgicales qui sont du ressort de la clinique infantile, les affections congénitales tiennent le premier rang ; leur étude nécessite des notions anatomiques particulières ; aussi, pour la faciliter aux élèves, il a pensé à leur faire faire une série de conférences d'embryologie, dont M. Cunéo a bien voulu se charger, et qu'il commencera en janvier prochain.

Les affections inflammatoires des os, les ostéites, dont la fréquence est en rapport avec l'activité vitale de toutes les parties de l'os chez l'enfant, tiennent également une très large place dans la pathologie de l'enfance. La conception de l'ostéite est de date relativement récente : pendant trop longtemps, les os ont été considérés comme des parties plus ou moins inertes ; c'est P. Nicolas Gerdy qui a introduit, dans la science, l'idée d'ostéite. Il a vu et bien observé un cas d'une périostite particulière, que plus tard Ollier a décrite sous le nom de « périostite albumineuse ». Il a noté l'influence de l'ostéite sur le développement des membres qui en sont le siège ; il a étudié ce qu'il appelait la moellite du moignon, et prévu non seulement l'inflammation médullaire dans les os fermés, mais la nécessité de la trépanation de l'os malade dans un cas. Il est, par contre, resté dans l'erreur en continuant à envisager comme une maladie primitive la nécrose, qui n'est plus maintenant pour nous qu'un des modes de terminaison de l'ostéite. Il a étudié les inflammations du tissu fibreux aboutissant à des rétractions, dont la rétraction de l'aponévrose palmaire ou maladie de Dupuytren est le type ; c'est à lui que revient l'invention du procédé de l'invagination comme moyen de cure radicale des hernies ; il s'est occupé également du traitement de l'extrophie de la vessie.

P.-N. Gerdy était surtout un savant et un pathologiste, il n'était ni clinicien ni opérateur. C'était un homme d'une noblesse de caractère et d'une droiture parfaite, auquel Broca a rendu un éclatant hommage dans le superbe et courageux éloge qu'il en a fait à la Société de Chirurgie, en 1854. Gerdy avait la haine du favoritisme et de l'injustice dont il avait eu à souffrir lui-même cruellement. M. Kirmisson prend occasion de ces souvenirs historiques pour faire quelques réflexions sur les concours, et, sans vouloir discuter la question de la valeur respective du concours et du choix comme moyens de nomination, il termine en disant que, tant que l'on conservera les concours, il faudrait au moins qu'on les fasse justes.

Ce rapide aperçu ne peut donner qu'une faible idée de l'intérêt que présentait, à tous points de vue, cette belle leçon d'ouverture ; elle sera du reste publiée.

Le service de M. le Pr Kirmisson offre aux travailleurs un champ d'observation d'une extrême richesse, dont le maître sait tirer le meilleur parti pour leur instruction ; nous ne saurions trop recommander sa fréquentation aux étudiants soucieux de se familiariser avec la chirurgie de l'enfance.

Cours d'accouchements : Dr A. BRINDEAU, agrégé.

M. le Dr Brindeau, professeur agrégé, nommé au dernier concours (mai 1904), déjà depuis plusieurs années accoucheur des hôpitaux, et actuellement assistant à la maternité de Saint-Antoine, a commencé, le mardi 8 novembre 1904, le cours d'accouchements qu'il fera pendant tout le semestre d'hiver, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole pratique. Le programme de ce cours comprend la grossesse normale et pathologique, l'accouchement et les suites de couches. Le Dr Brindeau a l'intention d'insister tout particulièrement sur toutes les questions capables d'intéresser directement le praticien.

Son premier cours a été consacré à l'étude des modifications subies par l'utérus au cours de la grossesse. Par de nombreux dessins et schémas, il a montré les modifications de formes et de dimensions subies par cet organe aux différents âges de la gravidité. Il a

rappelé les chiffres fournis par les divers auteurs, la division de l'utérus en ses trois zones : corps, segment inférieur et col. Il a présenté une superbe pièce anatomique obtenue chez une femme morte avant d'être accouchée, où l'on voit à merveille la façon dont le fœtus s'accommode dans la cavité utérine.

De très nombreux étudiants suivront ce cours, dont, tout le monde reconnaît le grand intérêt pratique.

Cyrille Jeannin.

Conférences de pathologie interne : M. Paul CARNOT, agrégé.

Le jeune et éloquent agrégé a toujours un très grand nombre d'étudiants qui se pressent à son cours. M. Carnot se propose, cette année, de passer en revue les *intoxications et auto-intoxications*. Il a montré d'une façon particulièrement lumineuse et très documentée tous les ravages de l'intoxication alcoolique.

Le sujet comportera 43 conférences, qui auront lieu tous les lundis, mercredis et vendredis, à 6 heures du soir, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine.

L. G.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 7 novembre 1904

La radio-activité temporaire au point de vue de son utilisation thérapeutique.

M. Th. Tommasina a pu s'assurer que, par l'action des rayons de Röntgen, il est possible de conférer à des corps inertes ou vivants une radio-activité temporaire dont l'intensité et la durée sont proportionnelles à l'état d'ionisation du milieu, et, par suite, à l'intensité et à la durée de l'émission des rayons de Röntgen.

L'auteur a ainsi rendu radio-actifs toutes sortes de corps solides, inorganiques ou organiques (fruits, herbes, animaux vivants), ainsi que des liquides conducteurs ou isolants ; on arrive de même à radio-activer toute susbstance pharmaceutique d'usage interne ou externe, et aussi les aliments liquides ou solides, sans y introduire la moindre trace de substance radio-active.

Sans vouloir préjuger des avantages éventuels de cette radio-activation, il est permis de supposer qu'elle pourra rendre des services au point de vue thérapeutique, le fait parfaitement établi de l'ionisation due à la radio-activité semblant indiquer une influence susceptible de faciliter ou même de provoquer l'électrolyse. On pourrait de la sorte obtenir une assimilation plus rapide et plus complète de certains médicaments tels que le fer dans le traitement de la chlorose. D'autre part, s'il est vrai, comme la chose paraît probable, que les propriétés thérapeutiques des eaux minérales sont liées à leur radio-activité, il sera possible de renforcer de la même façon ces propriétés, et même de les faire apparaître dans des eaux qui en sont dépourvues

C. Phisalix.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 12 Novembre

La rate hépatique.

MM. Gilbert et Lereboullet ont étudié les modifications de la rate au cours des affections évidentes et latentes du foie.

Les lésions anatomiques sont d'abord congestives, puis survient la sclérose hypertrophique. Ces lésions sont comparables à celles du foie cardiaque où la congestion passive précède la cirrhose hypertrophique. Ce sont non des altérations opposables, mais des étapes successives d'un même processus. Toutes les affections du foie peuvent en être cause, mais surtout les affections veineuses ou biliaires, qui, parfois latentes et méconnues, laissent croire à tort à une splénomégalie primitive comme les auteurs l'ont prouvé pour la maladie de Bants. Le mode de production de la splénomégalie est complexe; mais la cholémie, l'infection, l'anémie, peuvent provoquer des lésions réactionnelles des cellules de la pulpe, alors la congestion passive joue le rôle principal ; d'ailleurs, les phénomènes congestifs dus à l'hypertension portale (hématémèses, hémorrhoïdes, ascites) dominent après les hémorragies gastro-intestinales. D'ailleurs la gêne de la circulation portale due aux lésions histologiques de l'espace porte d'angiocholite chronique et provoquent, malgré l'intégralité apparente du foie, les mêmes accidents. Le foie commande à la circulation portale, et notamment à la circulation splénique, comme le cœur à la circulation veineuse générale et notamment à la circulation hépatique. Aussi est-ce au foie qu'il faut attribuer la plupart des altérations de la rate, prétendues primitives.

Hépatalgie diabétique.

MM. Gilbert et Lereboullet ont noté la fréquence de l'hépatalgie chez les diabétiques qui accusent souvent une sénsation de pesanteur dans l'hypochondre droit; la palpation du foie est souvent sensible. Cette douleur est parfois aussi insupportable que la soif et peut, par son intensité rappeler celle de la congestion hépatique du foie cardiaque. Le foie est souvent hypertrophié sans cirrhose. L'hépatalgie est donc un des signes objectifs du diabète; elle existe surtout dans le diabète par hyperhépathie ; elle peut être attribuée à une lésion hépatique qui précéderait le diabète, ou être due au travail excessif que donne au foie le diabète, et d'ailleurs, dose du sucre et hépatalgie se suivent d'habitude.

Pathogénie de l'athérome artériel et thyroïdectomie.

MM. Lortat-Jacob et Sabareanu. — En injectant des petites doses d'adrénaline au 1/1000 à des lapins thyroïdectomisés, l'athérome aortique n'a pas été obtenu d'une façon constante avec les mêmes doses et les mêmes solutions que M. Josué les a obtenues sur des lapins normaux. L'athérome artériel manquait toujours.

Il n'y a pas à invoquer la faiblesse des doses, car, chez le lapin témoin non thyroïdectomisé, les plaques typiques d'athérome se sont montrées sur l'aorte avec hypertrophie du ventricule gauche. La suppression de la glande thyroïde joue donc un rôle capital, et l'action spécifique de l'adrénaline sur la paroi artérielle ne s'exerce qu'en présence de la sécrétion thyroïdienne.

Influence des composés du phosphore sur la nutrition.

M. Desgrez et Ali Zaky Bey. — Les combinaisons organiques de l'acide phosphorique exercent une action favorable qui favorise l'histolyse : augmentation de l'albumine fixe des tissus, accroissement rapide de minéralisation interne du squelette; les graisses accumulées sont diminuées. La désassimilation rapide des produits albuminoïdes qui deviennent nocifs dès qu'ils s'accumulent, favorisent les échanges nutritifs tant que leur élimination régulière empêche leur accumulation en excès.

Diagnostic expérimental de la rage avec des centres nerveux putréfiés.

M. C. Nicolle (de Turin) emploie la glycérine dans le diagnostic expérimental de la rage avec les centres nerveux putréfiés. Les propriétés conservatrices vis-à-vis du virus rabique, et antiseptiques vis-à-vis de la plupart des germes, que possède la glycérine permettent en saison chaude l'inoculation de contrôle.

Culture de vaccine dans la lymphe de cheval.

M. Répin a pu par centrifugation obtenir la lymphe de cheval sans éléments cellulaires. La vaccine mise en culture a donné un résultat négatif, mais pourrait servir à l'ensemencement d'autres virus.

E.-P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 novembre.

Après lecture du discours prononcé par M. Guyon à l'inauguration du monument Ollier, l'Académie entend la lecture des rapports de M. Roux sur le prix Audiffred, de M. Gley sur le prix Herpin, de M. Chauffard sur les eaux minérales.

Ce dernier rapport montre en particulier les grands services rendus par les voyages d'études organisés par le Prof. Landouzy et le Dr Carron de la Carrière. Il montre aussi quelle lacune regrettable a créée, au point de vue hygiénique et scientifique, la suppression des médecins inspecteurs des stations thermales. Depuis cette suppression, l'Académie est, sur beaucoup d'entre elles, sur les lacunes d'organisation, sur les épidémies régnantes, très incomplètement renseignée.

Traitement de la luxation congénitale de la hanche.

M. Le Damany, après avoir étudié la pathogénie, montre que le traitement curateur de la luxation doit : 1° guérir les lésions ostéo-articulaires, dont la plus importante est le nivellement du cotyle ; 2° supprimer l'excès de torsion fémorale et d'obliquité en avant du cotyle.

La première partie a été réalisée par Lorenz. Après la réduction non sanglante, une contension artificielle est nécessaire pendant plusieurs mois.

La deuxième partie du traitement combat l'excès d'obliquité en avant de la cavité cotyloïde et l'excès de torsion fémorale.

La correction de l'obliquité en avant du cotyle se fait dans le traitement ambulatoire de la luxation unilatérale par l'excès d'appui sur le membre sain. Le bassin, primitivement oblique, ovalaire, est transformé en un bassin iliofémoral. L'obliquité du détroit supérieur change de sens, celle du cotyle en traitement se corrige. Pour guérir la luxation bilatérale, la seule ressource sera de pousser plus loin la détorsion fémorale en imitant le procédé dont la nature se sert chez l'homme sain. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 novembre 1904

A propos des anévrysmes poplités (suite).

M. Potherat communique l'observation d'un homme qui, un jour, avait ressenti une douleur violente et brusque dans le mollet droit, lequel avait augmenté de volume. On fit le diagnostic de rupture de veines variqueuses (coup de fouet). Trois jours après, la température monta à 40 degrés. On incisa sur la tuméfaction jusqu'à l'aponévrose du soléaire, sans rien obtenir. On alla plus loin, et l'on tomba sur des caillots noirs : tout à coup il y eut un jet de sang énorme. On agrandit alors l'incision et l'on découvrit un anévrysme qui, commençant au canal de Hunter, descendait jusqu'à la bifurcation de la poplitée et qui s'était rompu sur toute sa paroi postérieure.

On pratiqua alors l'amputation de la cuisse. Les parois de la fémorale étaient tellement friables qu'il fallut s'y reprendre à trois fois pour lier ce vaisseau.

M. Potherat ajoute que dans ce cas l'extirpation n'aurait pas pu être faite.

M. Delbet dit que, même dans les anévrysmes rompus, on a tenté l'extirpation dans le seul but de limiter la gangrène consécutive et de permettre une amputation plus économique.

A propos de la décortication du poumon (suite).

A propos du rapport de M. Tuffier sur une observation de M. Jeanne (de Rouen) (voyez la séance précédente), M. Bazy communique le fait suivant : d'une guérison obtenue sans grand délabrements et sans qu'on ait eu à libérer le poumon de la coque qui l'enserrait: Il s'agit d'une femme de 35 ans qui, en 1899, avait eu d'abord une broncho-pneumonie puis une pleurésie purulente tuberculeuse. On fit l'opération de l'empyème le 5 juillet, après résection d'un segment de côte ayant de 5 à 6 centimètres.

En novembre suivant, après résection d'un segment des côtes sus et sous-jacente, M. Bazy, constata une rétraction considérable du poumon, lequel était recouvert de fongosités. Il se contente de gratter ces fongosités et envoie sa malade dans le Midi : on ne pratiquait, par la plaie, que des lavages d'eau bouillie.

L'état de la malade alla alors en s'améliorant et au mois de mai dernier, sa plaie était complètement fermée. Le poumon était revenu sur lui-même sans décortication.

Double plaie du cœur par balle. Suture. Guérison. Mort deux ans plus tard par fièvre typhoïde.

M. Peyrot fait un rapport sur cette observation que nous avons relatée il y a quelques mois lorsque M. Lannay est venu présenter le cœur qu'il avait suturé deux ans auparavant. Il y avait une adhérence à peu près totale du péricarde.

Rupture de la rate et splénectomie.

M. Demoulin fait un rapport sur cette observation de M. Auvray. Il s'agit d'un garçon de 18 ans, qui était tombé d'une hauteur de 4 mètres, a bicyclette. La poignée gauche du guidon s'était enfoncée sous les côtes du côté gauche. Le malade n'est entré à Beaujon que le lendemain soir, vingt heures après l'accident ; il présentait alors des signes d'une hémorragie interne. Comme le diagnostic était incertain M. Auvray fait d'abord une laparotomie médiane et s'étant assuré qu'il s'agissait de la rate, il referme sa plaie et pratique une incision latérale et après résection du rebord costal il enlève la rate rompue. Le malade guérit.

Traitement des sinusites frontales par la méthode de Kilian.

M. Berger fait un rapport sur le travail de M. Luc portant sur 11 cas, travail que nous avons résumé il y a quelques mois lorsque M. Luc est venu le lire à la tribune de la Société. La méthode consiste essentiellement à trépaner les parois antérieure et inférieure du sinus en ménageant le rebord orbitaire : elle assure le drainage de la cavité et ménage l'esthétique. Son seul inconvénient est la destruction possible de la poulie du grand oblique, d'où strabisme. M. Luc, sur 11 cas, a eu 11 succès.

L. Kendirdjy.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 novembre 1904. — Présidence de M. Tissier.

La séance s'est ouverte à 4 h. 45 ; le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Correspondance imprimée. — Journaux et revues habituels. — *Les Neurasthénies*, par M. Godlewski. — Annuaire de l'Université de Toulouse. — *Les tumeurs malignes du diaphragme*, par M. Laval. — *Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde*, par M. Gleize. — *Le Sud Médical* (de Marseille), numéro d'octobre 1904. — *Du régime des affections mentales par intoxication*, par M. F. Boy.

Correspondance manuscrite. — Lettre de M. le Dr Mortier, chef de laboratoire à l'Hôpital Bichat, 6, rue de Villejust, posant sa candidature au titulariat. Parrains : MM. Picqué et Buret.

Au début de la séance, M. Leudet présente deux travaux : 1° *Eloge de Max Durand-Fardel* ; 2° *Résultats d'expériences d'inoculation de la tuberculose humaine au chien.*

M. Margain donne lecture du rapport de la Commission sur les titres et travaux de M. Spyridion Kanéllis, candidat au titre de membre correspondant étranger.

Rapport sur les titres et travaux de M. le Dr Spyridion Kanellis, candidat au titre de membre correspondant étranger ;

Par le Dr **MARGAIN**.

Messieurs,

M. le Dr Spyridion Kanellis, qui a posé sa candidature au titre de membre correspondant étranger et a été l'objet d'une

recommandation de M. le Dr Filaretopoulo, est le vice-président de la Société médicale d'Athènes.

Nous connaissons de lui plusieurs travaux qu'il a adressés à la Société et qui sont les suivants : « une Etude clinique sur les causes de la phtisie pulmonaire », un travail sur l' « Action du paludisme sur le système circulatoire ». un mémoire sur « La fièvre dysentérique dite pernicieuse » et une étude sur « La classification des formes de fièvres rémittentes et continues ».

Quelque intérêt que présentent ces publications, je m'arrêterai plus particulièrement à l'examen de deux autres travaux du Dr Kanellis, l'un paru le 1er octobre 1904 dans le *Progrès Médical*, l'autre, travail inédit de candidature.

Le premier est intitulé : « Quelques réflexions sur l'étiologie du paludisme ». L'auteur y défend l'ancienne théorie hippocratique des miasmes. Il ne nie pas la propagation de l'hématozoaire par l'anophèle ; mais il admet qu'indépendamment de cet agent et en dehors de lui, on doit faire la part aux actions atmosphériques et surtout telluriques.

Cette question m'a d'autant plus intéressé que j'avais, il y a quelques mois, l'honneur de m'asseoir au Congrès colonial français (section de médecine) à côté du Dr Devaux, cité par l'auteur et que cette théorie miasmatique fut soumise à la discussion. Je suis heureux de l'occasion que m'offre ce rapport de rappeler ici l'opinion que j'émis au Congrès à ce sujet.

Nous connaissons très bien la composition chimique de l'air des marais, mais nous connaissons aussi celle de l'air confiné d'un appartement où vit un trop grand nombre d'individus, et cependant, cette science ne nous donne pas une explication suffisante de la toxicité de cet air. Or, dans les marais, indépendamment des fermentations qui souillent l'atmosphère de leurs gaz hydrocarbonés, il y a lieu de considérer que la vie intense des animalcules qui pullulent dans cette eau stagnante doit donner des émanations gazeuses toxiques, analogues à celles du confinement. Sont-elles suffisantes à produire le paludisme ? Contrairement à M. Kanellis, je ne le crois pas ; mais je suis convaincu qu'elles mettent l'organisme dans un état de vulnérabilité qui ouvre la place aux attaques de l'anophèle. Cette toxicité de l'air des marais est loin d'être élucidée, peut-être, la question des causes adjuvantes du paludisme ayant été proposée aux discussions du prochain Congrès Colonial, nous apportera-t-on, à ce sujet, des faits intéressants ?

Le travail de candidature du Dr Spyridion Kanellis a pour titre: « Contribution à l'étiologie de la fièvre hémoglobinurique bilieuse ». L'auteur divise les hémoglobinuries en trois classes : 1° la bilieuse hémoglobinurique, 2° la fièvre hémoglobinurique quinique, 3° l'hémoglobinurie quinique simple. La première forme est bien d'origine palustre, car elle s'observe même chez des gens n'ayant pas pris de quinine ; dans les autres formes, ce médicament est absolument contre-indiqué. De là, la nécessité de faire un diagnostic précis de chacune de ces formes, diagnostic que l'on ne peut baser sur la recherche de l'hématozoaire dans le sang où on ne le retrouve pas d'une façon suffisamment constante dans les cas paludéens. M. Spiridion Kanellis base donc ce diagnostic surtout sur la notion de l'emploi antérieur de la quinine et les effets de l'administration actuelle de ce médicament et sur l'existence d'un paludisme antérieur ou consécutif à l'hémoglobinurie.

Comme l'auteur, je crois que la quinine peut suffire parfois à déterminer de l'hémoglobinurie ; mais je cesse d'être de son avis quand il range dans un même groupe les accidents quiniques (hémoglobinurie, accouchement prématuré, épistaxis, hématémèses, urticaire). Certains de ces accidents dépendent d'un état local, gastrique, intestinal, utérin, et se reproduiront presque fatalement à chaque prise un peu abondante de quinine. Il n'en est plus de même d'autres phénomènes, l'urticaire en particulier. J'ai eu l'occasion d'observer pendant de longues années une personne que deux centigrammes et demi de sulfate de quinine semblaient intoxiquer complètement. Elle avait, à la suite de cette ingestion médicamenteuse des nausées, des vomissements, des sueurs et de la diarrhée profuses, une céphalalgie intense, de la tachychardie, de l'affaiblissement de l'ouïe, des vertiges, de l'urticaire. Ces accidents se reproduisaient chaque fois que cette malade devait prendre de la quinine. Un jour, et par erreur, elle prit cinquante centigrammes de quinine en cachet, croyant absorber de l'antipyrine. Je ne lui parlai pas de cette méprise ; mais je m'attendais à voir se dérouler une série d'accidents sérieux. Elle n'en présenta aucun.

Il y a donc, à côté des accidents toxiques propres à cette substance, des accidents par auto-suggestion propres au patient, et dans ce cas particulier, je connaissais l'origine de cette auto-suggestion.

Ces quelques réserves faites, je dois dire que les travaux du Dr Spiridion Kanellis présentent un intérêt remarquable, qu'ils indiquent chez leur auteur un sens critique développé et qu'il y a lieu d'agréer favorablement sa candidature au titre de membre correspondant étranger de notre Société.

Les conclusions favorables de ce rapport sont mises aux voix et adoptées ; le vote aura lieu dans la séance du 10 décembre prochain.

M. Dubar lit un travail sur **la stovaïne en oto-rhino-laryngologie** (*sera publié.*)

M. Margain fait une communication sur **un cas de diabète bronzé, avec considérations sur l'évolution de cette maladie** (*sera publiée*).

La séance est levée à 6 h. 1/4.

Le secrétaire général, F. Buret. — *Le secrétaire par intérim.,* Margain.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE.

Séance du 15 novembre 1904.

Présidence de M. Moizard.

Adénite prélaryngée consécutive à une diphtérie laryngée traitée par le tubage.

M. Appert. — Autant la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires est de règle dans la diphtérie, autant sont exceptionnelles les lésions du ganglion prélaryngien de Poirier. Dans l'adénite suppurée post-diphthéritique de ce ganglion que j'ai observée, la lésion a été sans doute plus causée par le tubage que par la diphthérie elle-même. Il s'agit d'un enfant de 26 mois, qui eut un croup avec léger exsudat amygdalien et sans ganglions sous-maxillaires ; l'examen microscopique montra du streptocoque et du bacille de Lœffler long. Il fut tubé à son entrée, et le tube fut enlevé au bout de 48 heures.

La convalescence fut normale, et marquée seulement par un érythème sérique avec élévation de température le 12e jour après l'injection. Cependant la défervescence n'était pas absolument franche, puisque la température s'élevait le soir à 37°6, sans tomber le matin plus bas que 37°. Le 18e jour après l'entrée à l'hôpital, 38°, et apparition au-devant du larynx d'une tumeur du volume d'une noisette et bien délimitée. Suppuration de cette masse quelques jours après ; incision, laissant sourdre du pus à streptocoques. Guérison rapide.

M. Marfan rappelle d'autres cas d'abcès périlaryngés survenant après tubages répétés. Ces cas se présentent ordinairement de la façon suivante : on fait un tubage ; au bout de 2 ou 3 jours, on enlève le tube, mais bientôt le tirage se reproduit, et il faut retuber. Ces alternatives se reproduisent à plusieurs reprises ; puis enfin, au bout d'une dizaine de jours, on est obligé d'arriver à pratiquer la trachéotomie, qui fait reconnaître l'abcès périlaryngé et en constitue en même temps le traitement. En tubant trop longtemps, on s'expose à provoquer la production d'une sténose fibreuse.

M. Guillemot lit, au nom de M. Méry et au sien, une communication sur l'*emploi du babeurre chez les nourrissons*. Le babeurre peut donner dans un certain nombre de cas d'excellents résultats ; mais il importe qu'il soit préparé avec des soins minutieux, dont les détails sont indiqués dans la communication.

M. Variot présente un enfant athrepsique en voie d'amélioration avec l'alimentation au lait stérilisé Gallia, il insiste sur l'importance des soins matériels dans ces cas pour

assurer le succès de ce mode d'alimentation. Il ne croit pas que le babeurre, qu'il n'a pas d'ailleurs employé, soit susceptible de donner de meilleurs résultats que le lait stérilisé, et il lui reproche en outre sa préparation assez compliquée,qui ne peut être réalisée que dans un service d'hôpital, comme l'ont fait MM. Méry et Guillemot.

M. Ausset a essayé le babeurre, mais il n'en a pas obtenu de bons résultats, et il y a bien vite renoncé. Il pense également que l'emploi du babeurre ne pourrait guère être vulgarisé, en raison de la difficulté de sa préparation conformément aux indications des auteurs de la communication.

Hémiplégie au cours de la chorée.

MM. Simon et Crouzon présentent une fillette d'une douzaine d'années qui, au cours d'une chorée grave, fut prise d'hémiplégie droite avec aphasie. Il y a 6 mois maintenant que la chorée est guérie, et les accidents persistent, avec un peu de contracture dans le membre supérieur droit. Il est probable que ces accidents sont dus à une embolie ; on a constaté des signes de rétrécissement mitral deux mois après le début de la chorée, mais on ne les retrouve plus maintenant. C'est là un cas rare d'hémiplégie organique survenue au cours d'une chorée.

— M. Comby communique un travail du Dr *Cardamatis*, d'Athènes, sur les méningites infantiles.

Cornage congénital; hypertropie du thymus; syphilis héréditaire.

M. Guinon montre les pièces recueillies à l'autopsie d'un enfant de 3 ans, mort d'hydrocéphalie aiguë consécutive à un tubercule du pédoncule cérébral droit, après avoir présenté après sa naissance un cornage expiratoire sans altération de la voix, en rapport avec une hypertro pifie du thymus. Ch. H. Petit-Vendol.

VIIe CONGRÈS DE MÉDECINE

(Suite)

Sur la nature de certaines obésités.

M. le Dr F. Deléage (de Vichy). — La surnutrition ne joue qu'un rôle secondaire dans la pathogénie de certaines obésités. Il est des cas de polysarcie d'origine purement nerveuse, survenant chez des femmes surtout, ayant une alimentation normale en quantité, parfois même au-dessous de la normale, obésité résistant aux régimes antipolysarciques, à l'exercice, etc. Elle constitue alors un vrai trouble trophique. M. Bouchard a d'ailleurs montré les relations de l'obésité avec l'hystérie. D'autres cas d'obésité relèvent de viciations dans les fonctions digestives. de la dyspepsie hypochlorhydrique. Il ressort, en effet, des recherches du Dr Léon Meunier, que l'amaigrissement est la règle chez les hyperchlorhydriques, parce que l'action des ferments salivaires sur les aliments amylacés est incomplète, le contenu hyperacide de l'estomac entravant cette action. Chez les hypochlorhydriques, au contraire, l'analyse du chyme stomacal, extrait une heure après le repas d'Ewald, y révèle de fortes proportions de glucose et de matières sucrées, résultant de la transformation des amylacés ; l'hypoacidité stomacale favorise l'action des ferments salivaires et la digestion des farineux. La production plus tardive des acides de fermentation et l'acidité consécutive du duodénum viennent ensuite entraver l'action du suc pancréatique.

L'effet de l'ingestion du glycogène contre l'amaigrissement des hyperchlorhydriques, démontré par L. Meunier, apporte une confirmation à notre opinion.

Injections mercurielles dans les maladies nerveuses d'origine syphilitique.

M. Maurice Faure. — Le nerveux est un réactif délicat vis-à-vis des médicaments : aussi, les remarques restrictives généralement formulées touchant l'emploi des médications mercurielles, lui sont-elles tout particulièrement applicables. Nous avons groupé, ici, celles de ces remarques, dont l'exactitude nous a été confirmée par l'étude prolongée d'un nombre déjà grand de malades,atteints d'accidents nerveux d'origine syphilitique.

Les injections quotidiennes ou tri-hebdomadaires de sels solubles constituent la méthode de choix, car elles permettent de doser, mieux qu'avec les autres procédés, la quantité de médicament utilisée. Les pilules et autres ingesta donnent, très souvent, aux nerveux, même à petite dose,des troubles intestinaux. Avec les frictions, l'huile grise, les injections de sels insolubles, on ne ne peut savoir, exactement, quelle dose du médicament va être absorbée, et en quel temps. Il en peut résulter, lorsque la limite de tolérance est dépassée, une brusque et passagère altération de l'état général, qui laisse à sa suite une augmentation durable des troubles nerveux qu'on s'était proposé d'améliorer.

Il ne faut point être systématique et donner à tous les nerveux le même sel mercuriel. C'est l'étude prolongée du malade, et non la décision préétablie du médecin, qui doit déterminer la préférence. Pour cela, il faut tâter la sensibilité spéciale de chaque sujet ; en règle générale, les préparations classiques de benzoate, bi-iodure, sublimé, sont bien tolérées, aux doses ordinaires ; — celles de cacodylate, d'hermophényl (et autres composés organiques), le sont mieux encore, mais semblent moins actives à doses équivalentes, et pourront être réservées aux malades délicats. En établissant une progression dans le choix des sels, comme dans les doses, on arrive à faire accepter, durant un temps limité, des médicaments qui ne pourraient être tolérés d'une façon continue. Le résultat thérapeutique n'est pas proportionnel à la quantité de mercure donnée, mais il est des préparations plus énergiques et plus actives que d'autres. S'il est vrai que certains malades, qui n'avaient pas eu de succès avec telle préparation ou de petites doses, en ont obtenu avec une autre préparation ou des doses plus fortes ; — il est vrai aussi que des malades, qui avaient été aggravés par tel sel ou de fortes doses, ont été améliorés par un autre sel ou des doses plus faibles.

Chez un nerveux jeune, dont l'état général est normal, dont la lésion est récente et nettement locale (telle qu'une gomme, par exemple), le traitement mercuriel peut être conduit avec la même intensité (voire la même brutalité) que chez n'importe syphilitique. Chez un malade d'âge moyen, d'état général médiocre, portant des lésions disséminées (telles que celles des vascularites cérébro-spinales, du tabes, de la P. G.), le traitement mercuriel doit être commencé avec précaution et conduit avec vigilance. En outre, le malade peut avoir des infections secondaires de la vessie, de l'intestin, etc., liées à la paralysie ou à l'atonie de ces organes. L'action médicamenteuse du mercure est nulle sur ces accidents infectieux, et la déchéance momentanée de l'état général, qui peut résulter d'un traitement mercuriel trop accentué, rend ces infections plus actives. Chez les veillards, atteints d'accidents nerveux de la syphilis, il faudra être plus attentif encore : l'état des reins (analyse complète des urines,étude de la perméabilité rénale),sera l'objet d'une surveillance spéciale. Enfin,la durée du traitement dépendra naturellement, comme la dose, des effets obtenus, de l'état du malade,du but à atteindre, etc.,et ne peut être fixée d'avance, uniformément pour tous.

Ces remarques, ces précautions générales, dont la plupart, d'ailleurs, sont formulées dans l'enseignement de Fournier, sont la meilleure garantie du succès thérapeutique. Après avoir été longtemps fait d'une manière insuffisante, au cours des accidents nerveux de la syphilis, le traitement mercuriel est souvent fait, maintenant, d'une manière trop energique pour les nerveux. Il est à souhaiter qu'une limite moyenne s'établisse, et que des médicaments choisis et dosés proportionnellement à la résistance de chaque sujet assurent définitivement le succès de la cure mercurielle dans les maladies nerveuses d'origine syphilitique. *(A suivre.)*

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

(*Suite.*)

—

M. Carlier (de Lille). — *Le traitement des hypospadias.*

M. Le Fur. — *Traitement du varicocèle par l'électrisation des veines scrotales.*

Séance du 21 octobre (après-midi).

L'acide pyrogallique dans le traitement des cystites tuberculeuses

M. H. Miner (de Paris) fait part des résultats qu'il a obtenus en soignant des formes diverses de cystite tuberculeuse par l'acide pyrogallique ; ces résultats sont basés sur plus de 60 cas suivis, et sur une période dépassant 3 ans.

La technique est simple : si le malade n'a pas de rétention, instiller simplement 5 centimètres cubes d'une solution aqueuse de 1/50 à 1/30 et même 1/20 ; s'il y a rétention, évaquer la vessie avant l'instillation.

L'auteur recommande l'acide pyrogallique dans toutes les formes cliniques de la cystite tuberculeuse, sauf en pleine hémorrhagie. Il est utile, même dans le cas où la cystite est secondaire à d'autres lésions tuberculeuses, mais il ne doit pas détourner d'une intervention contre ces dernières, s'il y a lieu ; le traitement local serait moins nécessaire chez les jeunes sujets qui peuvent faire une cure prolongée de repos et d'air marin.

Uréthroscopie chez la femme.

M. Luys (de Paris), montre les applications intéressantes de son *uréthroscope* pour l'examen de la vessie et le traitement des cystites chez la femme.

Ce procédé, presque inconnu en France, est au contraire très souvent pratiqué en Amérique. Il permet d'agir directement sur la muqueuse vésicale, en appliquant sur les points précis de sa portion malade des topiques durs et puissants. Ceux-ci auront, de cette manière, un effet thérapeutique infiniment plus efficace que s'ils sont employés à l'aveugle, et en solution, soit qu'on se serve de lavages, soit qu'on ait recours aux instillations. Autant une cautérisation énergique est efficace et peu douloureuse, du moment qu'elle est bien localisée, autant la même cautérisation devient douloureuse, lorsque, employée avec un véhicule. c'est-à-dire diluée, et par suite moins efficace, elle diffuse et s'étend sur de larges surfaces. Cette méthode inoffensive et pratique permet d'obtenir presque tous les avantages que pourrait donner la taille hypogastrique, sans en avoir les inconvénients.

M. Pasteau (de Paris). — Je ne suis pas de l'avis de M. Luys sur la valeur comparée du cystoscope et de l'urétroscopie pour l'examen des vessies atteintes de cystite. Quand il est bien employé. le cystoscope donne des résultats très supérieurs à l'urétroscope dans ces cas ; il permet de faire un examen plus rapide et au moins aussi complet de la vessie ; le champ de muqueuse examiné est, grâce à l'appareil optique, beaucoup plus grand qu'avec l'urétroscope, la vision des lésions est très bonne et a permis déjà depuis plusieurs années d'en faire des descriptions très nettes et très précises.

Traitement des végétations vésicales par la résorcine.

M. Janet (de Paris) relate des observations dans lesquelles il a vu des végétations vésicales diminuer ou disparaître après des injections de résorcine.

M. Forgue (de Montpellier) a obtenu des résultats analogues après l'injection dans la vessie, en petite quantité, de baume du Pérou, et a vu des tumeurs vésicales présenter une grande diminution après ce traitement.

M. Desnos (de Paris). — Je dois rappeler que j'ai publié, ici même, il y a 3 ou 4 ans, l'observation d'un malade dont les tumeurs vésicales avaient été améliorées et s'étaient affaissées au point de paraître avoir disparu à la suite d'instillations intra-vésicales de bleu de méthylène. Ce fait et ceux qui viennent d'être rapportés indiquent que, si le traitement opératoire reste la règle, quand il est possible, la thérapeutique n'est pas désarmée dans les cas inopérables.

De la chromocystoscopie

M. Czerny (Heidelberg). — MM. Voelcker et Joseph (1), de la clinique chirurgicale de Heidelberg, ont fait des injections intramusculaires d'une solution de 4 °/₀₀ d'indigo-carmin (Carminum cœruleum) pour l'examen fonctionnel de la sécrétion des reins. Au cystoscope, on voit, dix minutes après l'injection, l'expulsion périodique d'urine bleue par les uretères. La sécrétion cesse peu à peu après deux heures. L'intensité de la sécrétion dépend de l'énergie sécrétoire du rein et l'on peut se rendre compte par l'inspection directe des uretères si la fonction de l'organe est supprimée ou insuffisante. On peut combiner cette méthode colorimétrique avec le cathétérisme des uretères ou avec la séparation de l'urine pour recueillir, séparément de dix en dix minutes, la sécrétion des deux reins. On peut ainsi se faire une idée exacte de la sécrétion des deux reins qui peut impressionner aussi un malade intelligent et le décider plus facilement à accepter une opération nécessaire. Certainement, les autres méthodes pour étudier le fonctionnement rénal comme la cryoscopie, la phloridzine, les urées, etc., ne sont pas superflues, mais la méthode colorimétrique est plus facile et précise pour fixer les indications d'une intervention chirurgicale.

M. Albarran (Paris). — La chromocystoscopie ne me paraît présenter qu'une utilité restreinte dans certains cas : 1° Pour apprendre aux commerçants à trouver les orifices urétéraux, et même pour ceux qui ont l'habitude de la cystoscopie, pour les voir dans certains cas difficiles : il faut alors faire l'examen 30 minutes après l'injection de 16 à 20 centigrammes d'indigo-carmin ou de 5 à 10 de rosaniline. 2° La coloration de l'urine permet de mieux voir les modalités de l'éjaculation urétérale, mais il faut ici faire remarquer que du côté malade l'urine est souvent colorée. 3° Lorsque l'urine d'un rein est sensiblement plus colorée que celle de l'autre rein, on peut avoir une présomption sur sa plus grande valeur fonctionnelle.

Dans aucun cas on ne peut acquérir par la chromocystoscopie des renseignements comparables à ceux que donnent le cathétérisme urétéral ou les séparateurs, et elle doit être réservée aux cas dans lesquels on ne peut appliquer ces procédés d'examen. Vouloir aller plus loin et baser à l'ordinaire des indications opératoires sur la différence de coloration des urines, vue au cystoscope, serait s'exposer à de graves erreurs et, dans une question aussi délicate que celle de l'examen fonctionnel comparé des deux reins, substituer une méthode qui ne donne que quelques renseignements à celles qui en donnent d'incomparablement supérieurs.

M. L. Casper (Berlin) est tout à fait de l'avis de M. Albarran.

M. Czerny (de Heidelberg). — Je suis très heureux de voir avec quel soin M. Albarran a étudié la méthode colorimétrique, mais je crois que ce procédé sera plus apprécié si on prolonge l'examen de manière à faire non seulement l'inspection momentanée de l'écoulement urétéral, mais aussi en notant et en comparant le nombre des éjaculations urétérales de chaque côté. Quoi qu'il en soit, nous avons déjà réussi à plusieurs reprises dans mon service à prendre avec succès une décision opératoire en nous basant sur les résultats de la méthode.

M. Durrieux. — *Les gros calculs latents de la vessie.*

M. Hérésco (de Bucarest). — *Sur un cas de lithotritie de calcul vésical formé autour d'un mousqueton.*

M. Baer (de Wiesbaden). — *Calculs vésicaux.* — Présentations. (*A suivre.*)

(1) Chromoskopie (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1904. n° 15 u. 16.)

Cours de Physique appliquée aux sciences naturelles. — M. H. Becquerel, professeur, membre de l'Institut, a ouvert son cours le vendredi 18 novembre 1904, à neuf heures trois quarts du matin, dans le grand amphithéâtre et, le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure. Le professeur traitera des phénomènes de phosphorescence, d'ionisation et de radioactivité (propriétés et rayonnement de l'uranium du thorium, du radium, etc., rayons N.)

PHARMACOLOGIE

Valeur thérapeutique des Algues et Fucus marins.

Tout le monde connaît la saveur repoussante, l'odeur nauséabonde de l'huile de foie de morue. La plupart des enfants, à qui on la donne un peu aveuglément, la prennent avec dégoût, la rejettent souvent, et la digèrent presque toujours mal. On a essayé de la remplacer par des mélanges étranges, des émulsions encore plus indigestes, et qui sont inactives, malgré la réclame pompeuse que l'on renouvelle à chaque hiver.

Un produit naturel, la *Fucoglycine* du Dr Gressy, est le seul aliment-médicament qui nous paraisse remplacer complètement l'huile de foie de morue.

En effet, ce produit, retiré de certaines algues marines et de fucus marins frais contient les mêmes éléments actifs que l'huile : iode, brome, phosphore et chlorures alcalins, unis à la matière organique : la gélose, sorte de mucus, substance hydrocarbonée, très nutritive, très assimilable ayant à peu près la valeur nutritive de l'huile, et n'en ayant ni la saveur, ni l'odeur, ni l'altérabilité.

Les algues et fucus dont on extrait le suc servant à la fabrication de la Fucoglycine vivent dans le même milieu que les poissons, et ont la propriété spéciale d'absorber et de condenser sous un volume relativement petit de fortes quantités des éléments actifs dont nous parlons. Le Dr Gressy, de Carnac, ayant administré à des enfants le suc de ces algues et fucus, fut frappé des bons résultats qu'il en obtenait.

La Maison Le Perdriel perfectionna les procédés d'extraction du suc frais, à l'aide de méthodes plus scientifiques, et ce suc contenant des principes éminemment actifs, est stérilisé puis traité dans des appareils spéciaux, et additionné de sucre, sans aucun autre produit chimique.

Les travaux de Gressy continués et repris par la Maison Le Perdriel, paraissent avoir résolu scientifiquement une question importante depuis longtemps discutée : celle de l'action thérapeutique de certains corps, sous la forme organique naturelle comparée à la forme pour ainsi dire artificielle. Les solutions, sirops, contenant des Iodures, Bromures, etc., sont loin de présenter une action curative aussi énergique que les produits naturels, la Fucoglycine, par exemple, laquelle contient ces mêmes éléments sous la forme organique. S'il en était autrement du reste, la question de répulsion de l'huile de foie de morue eût été résolue depuis longtemps par la substitution de doses équivalentes, d'iode, brome, phosphore. Un exemple vient à l'appui de cette théorie : la glande thyroïde, où l'iode est pour ainsi dire en quantité impondérable, possède pourtant une action énergique, bien supérieure à celle de quantités beaucoup trop grandes d'iode données sous une autre forme.

Armand Gautier a montré récemment le rôle important que joue dans l'organisme une très faible quantité d'iode sous forme organique. Ainsi s'expliquent les bons effets du séjour aux bains de mer dans le milieu salin. Ce sont les mêmes éléments que contient la *Fucoglycine* dont l'emploi chez les enfants rachitiques donne de bons résultats.

La valeur thérapeutique et alimentaire de certaines algues, telles que l'Alaria Esculenta, la Laminaria saccharina, les Iridea Edulis, est bien connue et utilisée depuis de longues années chez les peuples du nord de l'Europe, aussi bien qu'en Chine et dans tout l'Extrême-Orient. D'après certains auteurs, les huîtres doivent leurs précieuses qualités nutritives reconstituantes si recherchées, à ce qu'elles se nourrissent de certaines algues, aux particules desquelles elles empruntent, pour ainsi dire, leurs principes actifs.

La combinaison nucléinique des sels contenus dans les fucus et algues employés dans la préparation de la *fucoglycine Gressy* en fait le succédané naturel de l'huile de foie de morue, le seul possédant toutes les propriétés fortifiantes, toniques, dépuratives, analeptiques de l'huile, avec la facilité de digestion en plus et le dégoût en moins.

La *Fucoglycine Gressy* a été employée avec succès dans les services de l'hôpital d'Ormesson. D'une lettre d'un des chefs de service nous extrayons ces quelques lignes :

« Votre produit, la *Fucoglycine Gressy*, administré aux enfants a été toujours suivi d'une tolérance parfaite de la part du tube gastrique et de ses annexes. Tel n'est pas le cas de tout prétendu succédané de l'huile de foie de morue. Les petits malades atteints de polyadénites, adénopathie cervicale et d'adénobronchite ont semblé améliorés. Les petits enrhumés chroniques apyrétiques s'en trouvent bien. » D'après le Dr Gressy, la *Fucoglycine* agit d'une manière spéciale sur le système nerveux du grand sympathique, stimule l'appétit, rend l'assimilation plus active et la nutrition plus complète.

En résumé, la *Fucoglycine* s'emploie dans les cas de débilité organique et est propre à réparer l'état d'appauvrissement général de l'économie, combat la scrofule et toutes les affections locales qui s'y rattachent, et peut remplacer avantageusement l'huile de foie de morue dans tous les cas où l'on a à la prescrire.

VARIA

Inauguration du Monument du Pr Ollier à Lyon.

Dimanche 13 novembre, à deux heures, M. Chaumié, ministre de l'instruction publique, venu à Lyon pour procéder à l'inauguration de plusieurs monuments, a présidé celle de la statue du Pr Ollier.

Le ministre était accompagné de M. Augagneur, du général Lacroix et de M. Lortet, doyen de la Faculté de médecine.

A côté d'eux ont pris place dans la tribune officielle, la famille du grand chirurgien: M. Ollier, son fils ; MM. Bonvalot député ; Casati-Brochier, le docteur Chatin, ses gendres ; MM. Duclaux-Monteil, député, maire des Vans (Ardèche), pays natal d'Ollier ; le général Zédé, ancien gouverneur militaire de Lyon ; Caillemer, Clédat, Depéret, Lortet, doyens des quatre Facultés ; les professeurs Arloing, Mayet, Courmont, Morat, Teissier, Jaboulay, Vaddington, Pic, Chabot, Garraud ; les docteurs Dron, Viennois, Vincent, Cordier, Gouillaud, Aubert, Gangolphe, Roques, Rebatel, Nové-Josserand, Dufour, Carle, etc. ; MM. Ulysse Pila, Oberkampf, André, directeur de l'Observatoire, etc.

Le monument, œuvre de M. Alfred Boucher, statuaire, et de M. L. Rogniat, architecte, représente le Pr Ollier drapé dans sa toge de professeur, un bistouri à la main droite.

M. Lortet, doyen de la Faculté de médecine, a pris le premier la parole pour saluer le ministre et opérer la remise du monument à la ville de Lyon.

Il donne d'abord lecture d'une adresse en latin de M. Guido Baccelli, ministre de l'instruction publique d'Italie, de télégrammes des professeurs König et Bergmann, de Berlin, qui « se joignent de tout cœur à la glorification de l'éminent chirurgien Ollier. »

M. le Pr Augagneur député et maire de Lyon a prononcé le discours suivant :

Messieurs,

Au nom de la ville de Lyon, je prends possession du monument que la piété de ses proches, la reconnaissance de ses élèves, le souvenir de ses amis, l'hommage des savants, ses émules, ont élevé à la mémoire d'Ollier.

Lyon s'est associé à votre œuvre, messieurs, en attribuant à la statue du maître disparu l'emplacement qu'elle occupe. Nul emplacement ne pouvait être mieux choisi : Ollier se dresse, voisin immédiat de la Faculté qu'il illustra, et dont sa renommée avait, pour une grande part, assuré la création ; sur l'autre rive du Rhône, lui faisant presque face, l'Hôtel-Dieu où il produisit de si remarquables travaux, où il forma des générations d'élèves et là-bas, dans le lointain, les coteaux qui se continuent avec les collines de l'Ardèche, le pays natal, auquel il était resté si attaché, dont sa parole avait conservé l'accent.

Notre ville a eu le singulier privilège d'être illustrée par ses médecins et ses chirurgiens. Par les deux grands fleuves, seules routes empruntées jusqu'à la création des chemins de fer, arrivaient les malades, comme les commerçants, de toutes les régions tributaires de la grande ville bâtie à leur confluent. Des hôpitaux s'élevèrent, si importants qu'aujourd'hui encore leurs dômes dominent tous les autres monuments de la cité. Dans ce vaste champ de souffrance, nombreux furent les hommes — de talent toujours, de génie quelquefois — qui laissèrent un souvenir de bienfaiteurs de l'huma-

nité. La postérité reconnaissante a perpétué leur mémoire en inscrivant leurs noms sur les édifices, ou en leur donnant des statues, Pouteau, Dussaussoy, Marc-Antoine Petit, Barrier, Gensoul, ont donné leur nom à nos places et à nos rues. La statue de Bonnet s'élève dans la cour de l'Hôtel-Dieu, aujourd'hui nous nous recueillons devant l'image d'Ollier.

A d'autres est réservé le soin de rappeler ce que fut l'œuvre d'Ollier, quels faits physiologiques il mit définitivement en lumière, quelles conséquences utiles il déduisit de ses constatations physiologiques. A moi, représentant de la ville tout entière, à moi qui dois oublier ici que je fus l'élève et le collègue d'Ollier, revient le devoir de vous dire à vous tous, Messieurs les représentants de l'Université, de la Faculté de médecine en particulier, combien Lyon s'intéresse à vos travaux, combien la cité laborieuse et pratique prise sa science médicale dont les applications sont d'utilité immédiate, comment cette ville s'est associée volontiers à l'effort de ceux qui, en dressant ici la statue d'Ollier, ont voulu non seulement élever un monument à la gloire de celui qui fut un grand travailleur et un grand savant, mais aussi à la chirurgie lyonnaise, à ceux qui ont réduit l'étendue toujours trop vaste des souffrances et des impuissances humaines.

M. Chaumié, ministre de l'Instruction publique, a à son tour célébré la gloire du Pr Ollier; puis M. Compayré, recteur de l'Académie, remercie les souscripteurs du monument. Nous ne saurions passer sous silence le discours de M. Lassar, vice-président de la Société impériale de chirurgie Allemande.

Comme membre de la société allemande de chirurgie, a dit M. Lassar, dont le président, à son grand regret, est empêché de venir au nom de cette grande et nombreuse réunion de chirurgiens, à laquelle — un des vôtres — appartenait comme membre honoraire l'inoubliable professeur Ollier, — unis par la confraternité internationale, qui passe les frontières et sait lier les cœurs, je mets cette couronne aux pieds du maître, grand penseur et explorateur, initiateur de nouvelles idées et de nouvelles méthodes; il a su réunir la haute science à l'art pratique et à l'humanité.

Parmi toutes les facultés et toutes les professions humaines, il n'y en a pas qui puisse fournir des satisfactions comparables à celles d'un grand médecin. Tel était le défunt, opérateur des plus heureux, praticien exemplaire, professeur adoré par des générations d'étudiants, confrère cordialement aimé par les médecins de l'univers entier.

Léopold Ollier est devenu immortel. L'emblème de la gloire c'est le laurier. Au grand maître, nous, les médecins d'Allemagne, en signe de reconnaissance pour sa charmante sympathie et de notre très haute vénération, nous dédions ce laurier, symbole de ses mérites et de l'immortalité de son nom. Nous rendons nos hommages à jamais à Ollier, notre grand confrère français!

En même temps, il a été déposé au pied de la statue une couronne de lauriers enrubannée des couleurs d'Allemagne.

M. Félix Guyon, au nom de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, a pris ensuite la parole, puis M. Chauveau, au nom de l'Académie de médecine et des amis d'Ollier.

Enfin, MM. les docteurs Vincent et Gangolphe ont clos la série des discours.

Le comité du monument avait réuni au pied de l'estrade un certain nombre des premiers opérés d'Ollier qui avaient tenu à venir donner à la mémoire du grand chirurgien une touchante preuve de leur reconnaissance.

Contre la vaccination.

Il n'y a donc pas que les réformes politiques, qui soulèvent des protestations ; des mesures sanitaires sont aussi capables de provoquer des manifestations. Au Brésil, le réglement relatif à la vaccination obligatoire, rédigé d'après la loi récemment votée par le Congrès, a provoqué une vive opposition de la part des habitants de Rio-de-Janeiro. Manifestations violentes, charges de troupes, barricades et toutes les conséquences d'une émeute populaire, avec ses morts, ses blessés, ses incendies, etc., voilà ce qu'a amené la vaccination ! Que l'on dise après cela que la foule se désintéresse des innovations scientifiques. M. B.

NÉCROLOGIE

Le Dr A VINTRAS
Médecin en chef de l'hôpital Français de Londres.

Le Dr Achille Vintras, dont nous avons le vif regret d'annoncer la mort, fut le créateur et l'organisateur de l'hôpital Français de Londres et de la Maison de convalescence de Brighton. Le *Temps*, à l'occasion de sa mort, donne les intéressants renseignements suivants sur le père du Dr Vintras et sur la fondation de l'hôpital français :

« Pierre-Michel Vintras, père du docteur, était le fils d'une blanchisseuse de Bayeux ; après avoir mené une vie misérable et pleine d'aventures, il entendit des voix qui lui apprirent qu'il était le prophète Elie. Il songea aussitôt à créer un culte, officia dans un moulin de Tilly-sur-Seulles, eut des adeptes, et fit des évêques avec d'anciens curés. Sa renommée inquiéta le gouvernement il fut mis en prison, et ne dut son élargissement qu'à l'intervention de Crémieux en 1848. Après avoir fondé une église en Angleterre, il revint en France où il mourut en 1875.

Son fils ne fut pas prophète, mais docteur en médecine. Emu par les souffrances des Français que la maladie frappait à Londres, dans une ville inconnue et indifférente à leurs maux, il eut la pensée de les secourir. Il n'avait point de ressources, mais sa volonté ne se laissa rebuter par aucun obstacle. Il fonda d'abord un hôpital restreint, très humble, auquel il intéressa l'ambassade et la colonie française, les Anglais eux-mêmes. Un Français, M. Anchois, par testament, le dota d'un million. Le docteur Vintras capitalisa cette somme, il donna des fêtes, dont les produits accumulés permirent de construire l'hôpital actuel qui recueille nos compatriotes et aussi tous les indigents étrangers malades, et qui les assiste convalescents. »

Le Pr WEIGERT, de Francfort.

La science allemande vient de perdre un de ses plus glorieux représentants en la personne du Pr Karl Weigert, de Francfort-sur-le-Mein.

Né en 1845 à Munsterberg, en Silésie, Weigert se distingua dès le début de ses études médicales à Breslau, où Waldeyer le prit comme assistant ; il continua ensuite ses études à Berlin et à Vienne ; fut en 1879 professeur extraordinaire à Leipsig et succéda à son maître Cohnheim, à l'Université de Francfort-sur-le-Mein, à la chaire d'anatomie pathologique. Tout le monde connaît les précieuses recherches de Weigert sur les méthodes de coloration en histologie et bactériologie, ses travaux sur la tuberculose, sur la névroglie, sur les maladies infectieuses, les néphrites, etc.

Nous avons encore le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Dufourcq (de Salies-de-Bearn) ; de M. le Dr Petel, de Rouen.

FORMULES

XIX. — Contre le coryza.

Mettre dans les narines une petite quantité de la pommade :

Vaseline .... }	ãã 10 gr.
Lanoline .... }	
Résorcine	2 gr.
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 20
Menthol	0 gr. 50

Corps de santé des troupes coloniales. — M. Leynia de la Jarrige, médecin stagiaire, a été nommé dans le corps de santé des troupes coloniales, pour prendre rang du 1er novembre courant, au grade de médecin aide-major de 2e classe, et, par décision ministérielle du même jour, a été affecté au 6e rég. d'infanterie coloniale à Brest.

Actes et thèses de la Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat.— *Mercredi, 23 novembre 1904*. à 1 heure. — *M. Nespoulous* : Influence de la composition chimique des dents sur leurs maladies ; MM. Gauthier, Pouchet, Blanchard, Desgrez. — *M. Haffringue* : Recherches expérimentales sur les principes toxiques contenus dans les champignons ; MM. Pouchet, Gautier, Blanchard, Desgrez. — *M. Chauvelot* : Les babésioses ; MM. Blanchard, Gauthier, Pouchet, Desgrez. — *M. Labelle* : Contribution à l'étude des procidences dans les présentations céphaliques (statistique faite à la clinique Beaudelocque du 1er janvier 1900 au 1er janvier 1904) ; MM. Pinard, Terrier, Legueu, Wallich. — *M. Pietkiewicz* : Cure radicale des fistules d'origine dentaire ; MM. Terrier, Pinard, Legueu, Wallich. — *M. De Nevrezé* : Les suppurations du sinus maxillaire. Etiologie, pathogénie et traitement par la méthode endo-buccale de Sébileau ; MM. Terrier, Pinard, Legueu, Wallich. — *M. Eltchaninoff* : L'hôpital de Honfleur à travers les âges ; MM. Brissaud, Dejerine, Teissier, Balthazard. — *M. Pisante* : Traitement de la maladie de Basedow par les humeurs d'animaux éthyroïdés (sang total, sérum, lait). — *M. Rallion* : De la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien ; MM. Brissaud, Dejerine, Teissier, Balthazard. — *M. Semper* : Les enfants des paralytiques généraux : Brissaud, Déjerine, Teissier, Balthazard. — *M. Guilly* : Fréquence de la coexistence, chez les syphilitiques des aortites avec le tabes et la paralysie générale ; MM. Gaucher, Roger, Legry, Macaigne. — *M. Boyer* : Y a-t-il une pelade d'origine helminthique ? MM. Gaucher, Roger, Legry, Macaigne. — *M. Belgodère* : Traitement des folliculites suppurées sycosiformes par les pulvérisations résorcinées ; MM. Gaucher, Roger, Legry, Macaigne.

Jeudi, 24 novembre 1904, à 1 heure. — *M. Lamer* : De la décortication du rein dans les néphrites ; MM. Guyon, Hutinel, Langlois. — *M. Cagnard* : Etude physiologique sur la marche ; MM. Le Dentu, Guyon, Hutinel, Langlois. — *M. Chevallier* : Contribution à l'étude des interventions chirurgicales dans les cyrrhoses du foie avec ascite ; MM. Hutinel, Guyon, Le Dentu, Langlois. — *M. Leconte* : Etude médicolégale du sommeil ; MM. Brouardel, Joffroy, Dupré, Guiart. — *M. Laplaigne* : Contribution à l'étude de l'hygiène et de l'aération dans les habitations ; MM. Brouardel, Joffroy, Dupré, Guiart. — *M. Pigaux* : Etude sur les inconvénients des injections sous-cutanées de paraffine ; MM. Joffroy, Brouardel, Dupré, Guiart. — *M. Chedeville* : Du placenta prœvia. Les dystocies qu'il peut engendrer en dehors des hémorragies ; MM. Cornil, Raymond, Troisier, Bezançon. — *M. Blaire* : Contribution à l'étude des fausses perforations de l'intestin dans la fièvre typhoïde ; MM. Cornil, Raymond, Troisier, Bezançon. — *M. Bories* : Les thrombus génitaux puerpéraux ; MM. Cornil, Raymond, Troisier, Bezançon. — *M. Villebrun* : Cancer de l'estomac à forme anémique ; MM. Cornil, Raymond, Troisier, Bezançon. — *M. Vernon* : De la valeur du mélœna dans l'invagination intestinale du nourrisson ; MM. Dieulafoy, Budin, Vaquez, Demelin. — *M. Cordier* : Des grossesses répétées chez les albuminuriques ; MM. Budin, Dieulafoy, Vaquez, Demelin. — *M. Buron* : De quelques causes de la mort du nouveau-né venu à terme et viable dans les heures qui suivent la naissance ; MM. Budin, Dieulafoy, Vaquez, Demelin. — *M. Binet* : L'allaitement maternel considéré spécialement au point de vue de ses difficultés sociales ; MM. Budin, Dieulafoy, Vaquez, Demelin. — *M. Beauregard* : Contribution à l'étude du placentôme malin ; MM. Berger, Pozzi, Faure, Brindeau. — *M. Esteoule* : Recherches sur les rétentions prolongées de débris placentaires. Polypes placentaires ; MM. Pozzi, Berger, Faure, Brindeau. — *M. Bergeaud* : Des épanchements sanguins traumatiques de la plèvre ; MM. Pozzi, Berger, Faure, Brindeau. — *M. Fortineau* : L'érythrobacillus pyosepticus et les bactéries rouges ; MM. Chantemesse, Gilbert, Méry, Carnot. — *M. Elloy* : Chorées amyotrophiques. Etude historique et clinique ; MM. Chantemesse, Gilbert, Méry, Carnot. — *M. Lesage* : Traitement diététique des gastro-entérites par l'emploi des féculents ; MM. Gilbert, Chantemesse, Méry, Carnot. — *M. Gérard* : Cause de l'asthme ; MM. Gilbert, Chantemesse, Méry, Carnot.

Examens de doctorat. — *Lundi, 21 novembre 1904*. — 5e (2e partie, 1re série) : MM. Hayem, Gaucher, Claude. — 5e (2e partie, 2e série) : MM. Brissaud, Roger, Labbé (Marcel).

Mardi, 22 novembre 1904.— 5e (2e partie) : MM. Chantemesse, Thiroloix, Gouget.

Mercredi, 23 novembre 1904. — 2e : MM. Ch. Richet, Retterer, Broca (André).

Vendredi 23 novembre 1904.— 2e : MM. Gautier, Gley, Branca. — 4e : MM. Landouzy, Dejerine, Macaigne. — 5e (1re partie) : MM. Reclus, Mauclaire, Proust.

Samedi 26 novembre 1904. — 4e : MM. Gilbert, G. Ballet, Langlois. — 5e (2e partie, 1e série) : MM. Dieulafoy, Achard, Vaquez. — 5e (2e partie, 2e série) : MM. MM. Troisier, Renon, Carnot.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'emphysème par l'Hélénine.

Sous l'influence de l'Hélénine, l'entrée de l'air dans les vésicules pulmonaires cesse d'être gênée et la respiration se fait librement ; ce que le Dr de Korab a constaté maintes fois, non seulement par la percussion et l'auscultation, mais aussi au moyen du polygraphe, appareil enregistreur de M. le professeur Marey, que le professeur Constantin Paul a bien voulu mettre à sa disposition à Lariboisière. L'oppression cesse et le malade devient, si nous osons nous servir d'une expression comparative, comme l'arsenicophage de la Haute-Autriche, plus apte à respirer dans la marche ascendante. Ainsi s'explique l'action bienfaisante de l'Hélénine dans l'emphysème.

Trois à quatre globules du Dr de Korab par jour.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 30 octobre au samedi 5 novembre 1904, les naissances ont ete au nombre de 1105, se décomposant ainsi : légitimes 817, illégitimes 288.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les déces ont été au nombre de 791, savoir : 425 hommes et 366 femmes. Les déces sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 4. — Typhus exanthematique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 0. — Scarlatine : 2. — Coqueluche : 2. — Diphtérie et Croup : 2. — Grippe : 1. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 1. — Autres maladies épidémiques : 1. — Tuberculose des poumons : 156. — Tuberculose des méninges : 18. — Autres tuberculoses : 14. — Cancer et autres tumeurs malignes : 56. — Méningite simple : 17 — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 36. — Maladies organiques du cœur : 48. — Bronchite aigue : 4. — Bronchite chronique : 29. — Pneumonie : 27. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 55. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 6. — Diarrhee et enterite de 0 à 1 an : sein : 3, autre alimentation : 22. — Diarrhee et enterite de 1 a 2 ans 0. - Hernies, obstruction intestinale : 5. — Cirrhose du foie : 8. — Néphrite et mal de Bright : 25. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes genitaux (femmes) : 2. — Septicémie puerperale (fievre, péritonite, phlébite puerperale) : 5. — Autres accidents puerperaux de la grossesse et de l'accouchement : 5 — Debilite congenitale et vices de conformation : 18. — Debilite senile : 44. — Morts violentes : 32. — Suicides : 11.— Autres maladies : 128. — Maladies inconnues ou mal définies : 15.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 68, qui se décomposent ainsi : légitimes 43, illégitimes 25.

Distinctions honorifiques. — *Médaille des épidémies en bronze*. MM. Blain (René-Marie-Jules), externe à l'hôpital Saint-Antoine ; Blondin (Paul-Marie) iuterne à l'hôpital Lariboisière ; Chardin (Joseph-Maurice), externe à l'hôpital Necker ; le Dr Esmonet (Charles-Edmond-Joseph), conservateur du Musée Civiale à l'hôpital Lariboisière ; Facque (René-Fernand-Arthur), élève en médecine à l'hôpital Hérold ; Cazagniare (Pierre-Joseph), externe à l'hôpital Trousseau ; Guyot (Louis-Antoine-Alexandre), externe à l'hôpital Tenon ; Legroux (Louis Charles-René), interne à l'hôpital Tenon ; Naudrot (Antoine-François-Charles-Joseph), interne à l'hopital Tenon ; Briens (Léon Fernand), surveillant garde-magasin à la Maternité ; Bouillaguet (Jean), garçon d'amphithéâtre à l'hopital Trousseau ; Huau (Henry), infirmier à l'hôpital Necker ; Mlles Beau (Marie), infirmiere au bastion 29 ; Fresnel (Angelina-Rose), infirmière à l'hôpital Tenon ; Mauchaussat (Angéle-Mélanie), surveillante à l'hôpital Bretonneau t Sautejean (Marie), infirmière à l'hôpital Bretonneau ; MMes Fosset née Legendre (Marie), première infirmière à l'hôpital d'Aubervillers ; veuve Lepagney, née Bouvard (Lucie), surveillante à l'hôpital Beaujon.

Nomination. — M. le Dr Colin, médecin en chef d'asile public d'aliénés de la Seine est promu à la 2e classe du cadre à partir du 1er novembre 1904.

Mutation. Corps de santé des troupes coloniales. — *En Afrique occidentale*. (Départ de Marseille le 5 décembre.) MM. Asselin, médecin-major de 1re classe, au 2e rég. d'artillerie coloniale à Cherbourg (par permutation avec M. le médecin aide-major de 1re classe Audiau, précedemment designé et qui est réaffecté au 1er rég. d'infanterie coloniale).

En France.— Au 23e rég. d'infanterie coloniale à Paris, M. Fa-

RAUT, médecin-major de 1re classe, précédemment désigné pour servir en Afrique occidentale. — Dispensé du service colonial, par application des dispositions du titre 1er, art. 3, § 3e du décret du 30 décembre 1903.

Au 6e rég. d'infanterie coloniale à Brest, M. LERAY, médecin-major de 1re classe au 13e rég. d'infanterie coloniale.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'AMIENS. — Un concours s'ouvrira le 15 mai prochain, devant la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE RENNES. — Un concours s'ouvrira le 1er mai 1905 devant l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes pour l'emploi de chef des travaux de physiologie à ladite école.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN. — Un concours s'ouvrira le 15 mai 1905 devant la faculté de médecine de l'Université de Paris pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE. — L'assemblée générale de l'Union aura lieu le samedi 19 novembre, à 2 h. 1/2 à l'hôtel des sociétés savantes sous la présidence de M. le Dr GAIRAL, de Carignan, président de l'Union, délégué des Syndicats médicaux au Conseil supérieur de la Mutualité.

Parmi les questions les plus intéressantes à l'ordre du jour, ont peut signaler l étude de la révision de la loi sur les accidents du travail.

Le dimanche, 20 novembre, un banquet réunira au restaurant Marguery les membres de l'Union et de la société « Le Concours Médical ».

POSTE MÉDICAL. — Jeune médecin désire acheter bonne clientèle pas trop loin de Paris. *S'adresser au bureau du Progrès Médical.*

Chronique des hôpitaux.

HOPITAL BEAUJON. — M. Albert ROBIN reprendra ses leçons de thérapeutique le jeudi 1er décembre à 10 h. du matin, à l'amphithéâtre de l'Hôpital Beaujon, et les continuera tous les jeudis à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE
19, rue Hautefeuille.

KOCHER (L.). — Précis de radiologie médicale. 1 vol. In-16 de 208 pages. Prix........ 3 fr. 50

Librairie FÉLIX ALCAN
108, boulevard Saint-Germain.

DEMENY (G.), PHILIPPE (J.), RACINE (P.). — Cours supérieur d'éducation physique. 1 vol. In-8° de 336 pages. Prix..... 4 fr.

ZABOROWSKY. — Les protoaryens ont-ils connu les métaux. In-8° de 10 pages.

L'EDITION MEDICALE
29, rue de Seine.

MONIN (E.). — Comment on se défend contre l'albuminurie. 1 vol. In-18 de 42 pages. Prix........ 1 fr.

ZABOROWSKI. — Comment est résolue la question d'origine des peuples aryens de l'Asie. In-8° de 8 pages. (Ext. des compt. rend. de l'Assoc. Française pour l'avancement des sciences.)

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES, CLERMONT (OISE).
Maison speciale pour publications periodiques médicales.

33e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XX. N° 48. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 26 NOVEMBRE 1904

Le Progrès Médical

ÉPIDÉMIOLOGIE

Sur la nature de la prétendue fièvre jaune de Panama ;

Par le Dr **Ciro L. URRIOLA**

Jusqu'à présent, personne n'a mis en doute l'existence de la fièvre jaune à Panama ; tous les médecins ont accepté comme telle une fièvre continue avec des rémissions, qui attaque presque exclusivement les étrangers non acclimatés, qui s'accompagne de jaunisse, d'albumine dans l'urine, d'altérations hématiques profondes dans les formes graves, qui atteint un haut degré de mortalité, et qui apparaît généralement dans les mois de l'année marqués par une chaleur intense et humide. On prétend que cette fièvre a été importée dans l'isthme et a d'autres foyers d'origine ; on a donc adopté parmi nous des mesures de quarantaine contre les provenances infectées par cette maladie.

Ayant eu l'occasion d'étudier cliniquement dans ces derniers mois onze cas de cette fièvre chez des étrangers arrivés récemment dans l'isthme, et en même temps examiné au microscope chez tous les malades et à plusieurs reprises des coupes de sang frais, chose qui, avant moi, n'avait jamais été faite ici, j'ai été amené à des conclusions en opposition complète avec les opinions régnantes sur la nature de cette affection et qui impriment un aspect nouveau à cette importante question de savoir s'il existe ou non la véritable fièvre jaune à Panama. Mais avant de rapporter ces cas, je crois indispensable d'entrer dans quelques considérations de pathologie comparée afin de mieux comprendre ce qui se passe chez l'homme.

II. — C'est à M. Celli (1) que l'on doit le mérite d'avoir identifié comme malarienne une maladie qui dès les temps les plus anciens règne dans la Campagne Romaine chez la race bovine avec la dénomination expressive de PISCIASANQUE, et qui se caractérise, comme l'indique son nom, par l'émission d'une urine sanguinolente, fièvre et ictère. Cette fièvre attaque presque exclusivement les bestiaux importés de la Suisse, de la Lombardie et la Hollande, et épargne, en général, les races indigènes et les veaux. La maladie dure presque toujours de cinq à six jours, mais les cas plus graves trente-six heures seulement. La rate est toujours infarctée.

A l'examen microscopique du sang frais, on peut distinguer deux classes de parasites tout à fait distincts : les uns doués des mouvements de translation, petits et de formes très variables, ronds, ovoïdes, en bâton, piriforme, etc., soit isolés, soit par paires ou par trois dans un seul globule rouge, et qui par leur réfringence se détachent clairement sur le fond du globule ; les autres, avec des mouvements amiboïdes, deux ou trois fois plus grands que les premiers et d'une si faible réfringence que quand le globule rouge est pâle, il n'est pas facile de les distinguer. Avec les recherches de M. Celli en Italie, on vient de confirmer l'exactitude des faits constatés par Babès en Roumanie, par Smith et Kilborne en Amérique, c'est-à-dire que les bestiaux importés dans les pays paludéens succombent presque tous aux attaques de la malaria, soit sous une forme aiguë, caractérisée par fièvre continue, anémie et hémoglobinurie, soit sous une forme chronique, avec très peu de fièvre et sans hémoglobinurie. La mortalité de cette fièvre atteint quelquefois jusqu'à 99 %. Quant au traitement, le plus efficace, c'est la quinine à haute dose et en proportion de la masse de l'animal.

Dans l'isthme de Panama, depuis qu'on a commencé à introduire des vaches laitières américaines, on a observé que presque toutes succombent aux influences du climat ; et récemment j'eus l'opportunité de constater, dans le sang d'une de ces vaches de l'Etat de New-York qui mourut en peu de jours, après avoir présenté entre autres symptômes une sécrétion lactée sanguinolente, les parasites de la première classe décrits par M. Celli.

II. — Ce qui arrive aux bestiaux non réfractaires importés dans des climats où prédomine la malaria, arrive aussi, *mutatis mutandis*, aux étrangers qui viennent dans l'isthme du pays où le paludisme est totalement inconnu.

Jusqu'à dernièrement, j'avais moi-même accepté, sur l'autorité d'autres médecins qui ont exercé la pro-

(1) A. CELLI E I. S. SANTORI. — « La malaria dei Bovini nella Campagna Bonanas. (*Bulletin de la Reale Academia medica di Roma*, 1897).

fession ici depuis 30 ou 40 ans, l'existence de la fièvre jaune parmi les étrangers non réfractaires ; mais dès que mon attention a été concentrée sur l'examen du sang des malades considérés comme attaqués par cette affection, mon opinion a tout à fait changé, à cause des constatations que, dans tous ces cas, m'a révélées le microscope. Chez la plupart des médecins qui pratiquent ici, le seul fait d'exister, chez un étranger, un syndrome composé de fièvre continue avec de l'intolérance gastrique et de l'*albumine dans l'urine* est suffisant pour le qualifier de fièvre jaune ; et d'autant plus surtout, si à tout cela on ajoute, dans les cas plus graves, des épistaxis, de l'ictère et des vomissements où l'on peut figurer les éléments du sang. Pour démontrer que tous ces symptômes, pris dans leur ensemble plus ou moins complet, ne suffisent pas pour considérer le cas comme de la fièvre jaune, je veux d'abord rapporter trois cas mortels de cette affection chez des étrangers non réfractaires, où se trouvent réunis tous les symptômes que l'on prétend caractériser la fièvre jaune et les résultats obtenus par l'examen bien conduit du sang frais.

Dans le premier cas, on a affaire à un jeune avocat de 29 ans, né à Facatativa, village tout près de Bogota et situé à plus de 2.600 mètres au-dessus de la mer et où le paludisme est inconnu. En arrivant dans l'isthme, il se rend d'abord à Pocas del Toro, où il reste trois mois en bonne santé, et le 11 juin il vient à Panama ; le 13 il est mal à son aise : le 15, il a une fièvre de 40° ; le lendemain, la température le matin est 37°5, le soir 39. L'état du malade est sensiblement le même jusqu'au 17, où la température le matin est 37°, et à une heure de l'après-midi, quand on pratique l'examen du sang, 38° 9. Le jour avant, il a eu un vomissement bilieux. Le 18, la température est de 38° et il présente un teint ictérique marqué. Dans cet état, il se décide à entrer à l'Hôpital Saint-Thomas, où il meurt au point du jour du 19, après quelques heures de délire et de suppression de l'urine, qui, depuis le premier jour de la maladie, était très albumineuse et est restée telle jusqu'au moment de la mort.

L'examen du sang frais révéla la présence (*Fig.* 33.) oculaire 4, objectif d'immersion homogène 1/12 Zeiss, d'un hématozoaire petit, varié dans ses formes, presque sans pigment, pas très abondant, la plupart fixe et très peu doué d'un mouvement lent amiboïde. Il y avait en plus dans le sang d'autres parasites extra-globulaires et quelques globules rouges mûriformes.

Le deuxième cas a pour sujet un chauffeur, né à Coronel, Chili, et pourtant, appartenant à une race très sensible aux attaques de cette fièvre, et formant partie de l'équipage du bateau à vapeur *Palena*. Le 16 juillet, il tombe malade à La Boca, mouillage de ce bateau, avec du frisson, douleur généralisée, spécialement sur le front, et une fièvre modérée, et le même jour est admis à l'hopital Saint-Thomas. Dans les quatre jours suivants, la fièvre devient plus intense et est accompagnée d'une grande postration ; le 21, la température est 40° le soir. L'urine est très albumineuse et en fort petite quantité. Pas de vomissement. Le 22 la température est toujours de 40°. L'ictère est très marqué sur les conjonctives oculaires. Le 23 la température reste la même et le délire commence. L'urine, d'une couleur foncée, contient moins d'albumine que la veille. Le 28, le délire est très agité et le malade se promène dans les corridors de l'Hôpital ; température 40°. Très fatigué, il se couche et meurt à 5 heures du matin.

Les jours 22 et 23, on pratique l'examen microscopique du sang frais et les deux fois il a montré (*Fig.* 34. Pour les quatre premiers globules, oculaire 2, et pour les quatre derniers, oculaire 4) un grand nombre de globules mûriformes et très peu d'éléments endoglobulaires, qui, d'ailleurs, sont identiques à ceux déjà décrits, les uns fixes, les autres avec des expansions amiboïdes.

Le dernier cas mortel de ma série est celui d'un ingénieur écossais, âgé de 35 ans, et depuis plus de quatre mois à bord d'un des pontons appartenant à la compagnie de bateaux à vapeur où il est employé, à l'ancre à environ 300 mètres de la petite île de Flamenco et à cinq kilomètres de la côte. Avant d'être employé à bord du ponton, il avait voyagé sur un des bateaux de la même compagnie qui font le trafic entre notre port et ceux du sud. Le 2 septembre il tombe malade avec fièvre sans frisson, douleurs aux articulations, à la tête et au dos : cette fièvre, d'un type continu et chaque jour plus haut, se soutient jusqu'au 7, jour où il entre à l'hôpital Saint-Thomas avec une température de 40°, beaucoup d'albumine dans l'urine et un ictère accentué sur les conjonctives oculaires, sur le thorax. Dans les jours suivants, la fièvre ne dépasse pas 38°6, avec, de temps en temps, un vomissement bilieux. Le foie est douloureux à la pression et est augmenté de volume ; la rate, un peu augmentée anssi de volume, est moins sensible à la pression ; il dort par moments tant le jour que la nuit et jouit de

Fig. 33

Fig. 34

Fig. 35

toutes ses facultés mentales. Dans la nuit du 9, il a des moments de délire ; il sort du lit, marche et parle. A sept heures du soir, la température est 37°4. Le 10, la température, le matin, est 38° ; à sept heures du soir 37°4. Il délire pendant le reste de la nuit ; aucun vomissement. Le 11, la température est 37°. Dès quatre heures du soir, l'urine se supprime et le délire s'accentue de plus en plus. A minuit, après avoir marché et parlé plusieurs heures dans la salle, il se couche. A trois heures du matin, on entend un bruit pareil à celui produit quand on débouche une bouteille à contenu gazeux et après le malade vomit comme deux cents grammes d'un liquide couleur de sang plus ou moins altéré et qui en a la même odeur. A partir de ce moment, il entre en agonie et meurt une heure après.

Le cadavre présente un teint ictérique très prononcé avec lividités des doigts et beaucoup de pétéchies sur le tronc.

Deux jours après son admission à l'hôpital, je fis l'examen du sang de ce malade en deux préparations, et je pus constater dans la première (*Fig.* 35, oculaire 2) une abondance relative d'hématozoaires endoglobu-

laires, d'eux d'entre eux avec un petit grain de pigment, presque tous immobiles, excepté deux seulement qui offraient des expansions amiboïdes ; il existait aussi dans la préparation d'autres parasites extraglobulaires et des grains de pigments ocre au milieu de grandes masses transparentes. Dans la deuxième coupe, presque tous les globules rouges présentaient un aspect muriforme et un seul parasite endoglobulaire.

Dans tous ces cas, observés chez des étrangers récemment arrivés dans l'isthme et provenant de pays où le paludisme est inconnu, si l'on avait jugé par les symptômes seulement et par la terminaison fatale, on aurait eu raison de les considérer comme des cas typiques de fièvre jaune, et c'est ainsi qu'ils furent qualifiés par tous les médecins qui furent consultés par ces malades avant et après leur entrée à l'hôpital ; mais l'examen microscopique révéla, comme on vient de le voir, chez tous, l'agent caractéristique de la malaria.

Voici maintenant un cas bénin, où, cependant, tous ces mêmes symptômes sont encore présents.

C'est un Allemand, âgé de plus de trente ans, qui arrive directement de New-York le 2 avril dernier. Le 2 juin, il tombe malade avec fièvre modérée et mal de tête frontal ; trois jours après, il entre à l'hôpital Saint-Thomas avec encore de la fièvre ; mais le soir même il est apyrétique. Le lendemain, il se plaint de douleur épigastrique et de mal de tête frontal ; l'ictère est bien marqué sur les conjonctives oculaires et sur le tronc, spécialement sur les clavicules et la nuque ; la région hépatique est douloureuse à la pression, il ne dort pas, mais reste tranquille la nuit. Il a vomi plusieurs fois ; épistaxis. Les selles sont liquides et avec de petits morceaux blancs sur lesquels le malade appelle l'attention. L'urine, d'une couleur foncée, contient beaucoup d'albumine ; la température est 36°5. Le 16 il a un vomissement bilieux ; la température, après être restée au-dessous de la normale pendant 36 heures, monte le soir à 37°5. Le 18, il vomit et dort bien : il est apyrétique. L'albumine est toujours abondante. Enfin, il sort de l'hôpital quelques jours après avec de l'albumine dans l'urine et de l'ictère.

L'examen du sang, pratiqué plusieurs fois, démontre l'existence d'un parasite endoglobulaire petit, sans pigment, pas très abondant et fixe ; dans la préparation, on voit aussi quantité de globules rouges envahis par des grains de pigment.

Dans ce cas, la fièvre a suivi une marche typique, c'est à-dire qu'au troisième jour il a une rémission de 36 heures et ensuite une petite hausse avant que la convalescence s'établisse ; la douleur épigastrique, l'ictère foncé, l'épistaxis, les vomissements bilieux et l'albumine persistante dans l'urine, rien n'y manque pour compléter le tableau d'une *febricula ictéroïdes* ; mais qui, cependant, n'est autre chose qu'une attaque de paludisme, comme l'a montré le microscope.

Je vais maintenant rapporter très succinctement une petite épidémie de cette même classe de fièvre, qui éclata parmi l'équipage d'un voilier suédois charbonnier à l'ancre dans notre baie, qualifiée de fièvre jaune, et qui, comme on verra dans la suite, n'était qu'une affection malarienne.

L'*Alexandre*, c'est le nom de ce voilier, arrive à notre baie le 19 juin dernier, de l'Australie, après un voyage de soixante-quinze jours sans rien à noter dans l'état sanitaire de l'équipage. L'ancrage de ce voilier est à cinq kilomètres de la côte et à non moins de trois cents mètres de la petite île de Flamenco, inhabitée. Dès son arrivée, aucun des hommes de l'équipage, excepté le capitaine, n'est descendu à terre, mais de temps en temps ils font des excursions aux petites îles voisines inhabitées. Or, le 19 juillet, un mois précisément après l'arrivée de l'*Alexandre*, le contremaître, suédois et âgé de 53 ans, tombe malade, avec fièvre continue, et le 22, entre à l'hôpital du Canal avec une température de 38°, ictère accentué sur les conjonctives et le tronc, albumine dans l'urine : vomissements occasionnels bilieux et prostration. Trois jours plus tard la température tombe à la normale et peu de jours après le malade entre en convalescence.

Quatre marins, appartenant au même équipage, tous suédois, tombent malades avec des symptômes identiques, entre les jours 19 et 20 juillet. Ils sont débarqués et amenés au même hôpital, où l'on constate chez tous de l'albumine dans l'urine, fièvre plus ou moins élevée et, chez un jeune homme de 22 ans, qui était tombé malade le 20 juillet, une grande prostration. Chez tous ces malades il n'y eut pas d'ictère proprement dit. Tous ces malades guérirent après quelques jours d'observation à l'hopital.

J'examinai seulement le sang de trois de ces malades et, comme le démontrent les *figures* 36, 37 et 38, chez tous se trouvait l'hémosporide de la malaria.

Il serait bien difficile pour moi d'expliquer le développement de cette épidémie à bord d'un bateau qui était presque sans communication avec la ville et où aucun des hommes atteints n'est descendu à terre ; mais la chose sur laquelle je veux insister est ce syndrome composé spécialement de fièvre continue, d'albumine dans l'urine persistante ; le microscope seul a été capable de révéler la vraie nature de ce syndrome.

Fig. 36

Fig. 37

Fig. 38

Quelquefois cette maladie, telle qu'elle se présente chez les étrangers, attaque aussi les gens du pays, comme cela arrive avec les races indigènes dans les grandes épizooties de malaria bovidée. Voilà, entre autres, un cas bien caractéristique.

Jeune fille de 20 ans, de pure race indigène, née à David. Le 15 juin, a une attaque de fièvre et le 19 entre à l'hôpital Saint-Thomas ; le jour suivant la température monte à 40°, l'urine est très albumineuse, aux quatre extrémités on voit des ecchymoses, quelques-unes aussi grandes qu'une pièce d'un franc ; vomissements bilieux fréquents, diarrhée. Les trois jours suivants, la température reste la même avec rémissions le soir (38) ; la partie dorsale des mains est gonflée ainsi que le genou gauche, et l'articulation tibio-tarsienne du même côté. Décubitus supine, insomnie et délire nocturne. Pas d'ictère. L'urine, d'une couleur foncée, est très albumineuse ; la rate, très augmentée de volume,

est mobile dans l'extrémité costale. Deux semaines après l'invasion de la fièvre, la malade entre en convalescence et l'albumine disparaissait rapidement. Les taches sanguines s'effacent très lentement.

L'examen du sang frais, répété plusieurs fois, démontre la présence du même hémosporide que dans les cas que j'ai cités précédemment.

On voit donc qu'un syndrome composé de fièvre continue avec rémissions, accompagnée dans l'invasion de douleurs généralisées ou plus ou moins localisées, d'albumine persistante dans l'urine, de vomissements bilieux ou avec les éléments du sang, d'épistaxis, d'ictère, de délire, et quelquefois de la suppression de l'urine avec terminaison fatale, n'est pas suffisantpour caractériser une attaque de fièvre jaune : l'unique élément de diagnostic est l'examen répété du sang frais fait par une personne habile et habituée à ces études, qui montrera dans un cas de paludisme l'agent de cette maladie, ou dans le cas peu favorable, l'altération mûriforme des globules rouges par pénétration du pigment dans leur masse protoplasmatique.

Ayant prouvé la nature malarienne des fièvres qui attaquent les étrangers non acclimatés dans l'isthme, je vais, avant de finir, rappeler quelques points de différenciation cardinale entre le paludisme et la fièvre jaune, d'après les nouvelles recherches.

Tandis que dans la malaria on reconnait comme agent un parasite toujours le même, dans la vraie fièvre jaune, celle qui règne dans le golfe du Mexique, on ne connait pas jusqu'à présent quel est son agent producteur, ou s'il existe, il est si petit, qu'il devient ultramicroscopique, d'après l'expression de M. Walter Reid (1).

Ailleurs, si l'on fait passer le sang d'un malade attaqué de fièvre jaune à travers un filtre Berkefeld, qui ne laisse passer aucun microbe connu, on peut, avec le sang ainsi filtré, reproduire la maladie parmi les sujets non réfractaires. (Expérience de la Commission Américaine).

Le simple sérum sanguin, sans filtration préalable, d'un malade souffrant de malaria, en dose de 50 cc., injectés sous-cutanément ou dans la veine, n'a pas été capable de reproduire une attaque de fièvre malarienne (Expérience de Celli).

Il est donc indubitable que la fièvre jaune, bien que présentant cliniquement bien des points d'analogie avec la malaria dans ses formes les plus graves, est une entité à part, qui ne se propage ni par contact direct avec les malades ni avec les objets qui leur appartiennent ni même par la co-habitation avec eux, mais par inoculation directe, ou par l'intermédiaire d'un moustique spécial, du sang d'un malade à une personne réfractaire. (Conclusions de la Commission Américaine).

La malaria peut être transmise directement par inoculation du sang d'un malade à une autre personne, ou bien par une ou plusieurs sortes de moustiques (2) et aussi par d'autres moyens différents de ceux de la fièvre jaune. (1)

De tout ce qui précède je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes : Il n'y a aucun avis ni date probable de l'importation de la vraie fièvre jaune dans l'Isthme.

La maladie qui à Panama attaque les étrangers non acclimatés et qu'on appelle improprement fièvre jaune, n'est autre chose, d'après l'examen microscopique du sang des malades affectés, qu'une affection malarienne plus ou moins grave, tout à fait semblable à la maladie qui attaque les bestiaux importés.

Etant une maladie autochtone, engendrée par les mauvaises conditions de notre climat, les mesures de quarantaine n'ont aucune justification et sont hautement préjudiciables aux intérêts du pays.

(1) « Yellow fever, like the foot and mouth disease of cattle, is caused by a micro-organisme so minute in size that it might be diagnosted as ultra-microscopic » (*Recent Researches concerning the etiology, propagation and preservation of yellow fever, by the United States Army Commission*.

(2) « We are not yet quitte certain that some species of mosquitoes other than *Anopheles* cannot carry human malaria). (Ronald Ross, *Malarial Fever*).

(1) M. le Professeur Celli, qui est un partisan à outrance de la théorie de la propagation de la malaria par le moustique uniquement et qui nie tout rôle de l'eau, de l'air et de la terre, rapporte dans son livre, *La malaria ; secondo le nuove recerche*, deux sortes de faits qu'il est bien difficile d'expliquer à l'aide du moustique seulement.

Il a observé dans la campagne romaine une forme de malaria chez des agneaux qui paissent dans des lieux marécageux et qui présentent dans leur sang un parasite très semblable à celui de la malaria bovine. « Que ce soit peut-être le même, on pourrait le déduire de ce fait : Qu'une génisse portée à une étable où était mort un de ces agneaux, après huit jours tomba malade et mourut de la même infection » (pag. 31).

Le deuxième fait est le suivant :

« Il est remarquable aussi que quelquefois il y a des cas pour ainsi dire sporadiques, ou des épidémies domestiques, c'est-à-dire dans l'intérieur des maisons situées en lieux salubres, mais en rapport avec un lieu malarien parce qu'il arrive des chariots de foin ou des carrosses fermés ; ce fait, par exemple, a pu être vérifié à Velletri pour la maison, d'ailleurs en lieu salubre, où arrivent les diligences des Marais Pontins (pag. 137).

Arte de criar à las ninos. (L'art d'élever les enfants) ; par Ulecia y Cardona. (Madrid, 1904, à l'Administration de la *Revista de medicina y cirugia practicas, 33 Preciados, bajo.*)

Toujours poursuivi par cette idée que les multiples maux dont sont frappés les enfants du premier âge proviennent de l'ignorance des parents à les élever, R. Ulecia, dans une charmante plaquette de 150 pages, d'un tout petit format, qu'il dédié à ses enfants, dont le groupe photographique sert de frontispice, R. Ulecia, dis-je, a condensé dans quelques feuillets ce qu'il est indispensable aux mères de savoir pour élever leurs bébés.

Il y passe en revue les différentes sortes d'allaitements : naturels ou artificiels. Les soins à donner aux prématurés et aux débiles, aux jumeaux. Le sevrage chez les enfants au sein et chez les enfants au biberon, la dentition, sont examinés. Les régimes divers auxquels doit être soumis l'enfant pendant les 4 premieres années sont passés en revue. Il en est de même de l'hygiène de la nourrice, que celle-ci soit la mère elle-même ou une mercenaire. R. Ulecia expose les conditions favorables que doivent présenter l'habitation du bébé, sa propreté, ses vêtements, ses promenades, etc. Il dit comment on le doit nourrir. Enfin dans un court appendice, il envisage l'influence des boissons alcooliques, des règles, des crises nerveuses, etc., sur le développement de l'enfant.

Ce petit *vade mecum* n'offre rien de semblable en France, et mériterait les honneurs d'une traduction qui rendrait certainement de grands services à nos mères françaises.

Dr V. Thébault.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La XVIIIe Assemblée générale annuelle de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Samedi, 19 novembre 1904, à 2 h. 1/2, s'est tenue la dix-huitième Assemblée générale annuelle de l'Union des Syndicats médicaux de France sous la présidence de M. le Dr GAIRAL, de Carignan (Ardennes), président de l'Union.

Les délégués envoyés à l'Assemblée représentaient les syndicats des régions les plus diverses ; la question à l'ordre du jour sur la révision de la loi de 1898 (accidents du travail) intéressait plus particulièrement les médecins des régions industrielles.

Après l'allocution du Président et l'approbation des comptes du Trésorier, M. H. Gourichon, le Secrétaire général, M. J. Noir, a exposé les travaux de l'année, dont voici les principaux : campagne pour l'application et la revision de la loi des accidents du travail, menée par le Dr Diverneresse avec une activité, un courage et un dévouement sans exemple dans les luttes médicales professionnelles, etqui commence à porter ses fruits ; répression de l'exercice illégal de la médecine et organisation d'un Congrès pour cette répression dont MM. les Drs Léon Duchesne et Levassort, de Paris, sont les ardents promoteurs ; entente avec les pharmaciens, les dentistes et les sages-femmes pour étudier les moyens pratiques de résoudre le problème médico-mutualiste ; campagne contre les Sociétés médicales anticonfraternelles, tendant à accaparer sournoisement la clientèle en profitant des dissenssions politiques et religieuses ; enquête sur l'exercice périodique et illégal de médecins spécialistes étrangers en France, etc., etc.

Le secrétaire général, après avoir montré la marche lente, mais progressive, de l'idée syndicale chez les médecins et avoir annoncé l'adhésion de plusieurs syndicats, dont un fort important, celui de Meurthe-et-Moselle, a terminé son rapport en constatant la place de plus en plus grande que les questions professionnelles prennent dans le monde des étudiants, grâce à l'Association Corporative des Etudiants en médecine, grâce à son vaillant organe, la *Revue de Déontologie*. Il signale les intéressantes thèses de M. C. Goret (doctorat en droit) sur les syndicats médicaux, de M. Darin (doctorat en médecine) sur le conflit médico-mutualiste, et de M. Saint-Aurens sur les Charlatans de la Médecine. Tout ceci est d'un bon présage pour l'avenir des Syndicats médicaux et des Associations de défense professionnelle.

M. Gairal, président, qui est encore le représentant élu des Syndicats médicaux au Conseil supérieur des Sociétés de secours mutuels, a montré ensuite comment, dans les milieux mutualistes éclairés, les idées des syndicats médicaux commençaient à se faire jour. Le libre choix du médecin et le paiement des honoraires à la visite sont admis en principe comme équitables et permettant seuls d'assurer sérieusement des soins aux mutualistes.

M le Dr Odin, président du Syndicat des médecins du Rhône, et M. le Dr Lépine, de Belleville, ont exposé le bon fonctionnement du service médical des Sociétés mutuelles de Lyon, organisé par leur syndicat, et contrôlé par une commission mixte du Syndicat et de la Fédération mutualiste.

M. Diverneresse et M. Jeanne exposent ensuite la question de la tarification des honoraires dans les accidents du travail. M. Dubuisson, vice-président de l'Union et député, apporte à l'Assemblée le nouveau texte de la commission sénatoriale de la revision de la loi de 1898, ce texte donne satisfaction aux syndicats sur bien des points. Il consacre le libre choix du médecin, le garantit par une sanction pénale, précise la responsabilité du patron pour le paiement des honoraires médicaux et, rayant le mot « tarif de l'Assistance médicale gratuite » propose, pour la fixation de ces honoraires, la création d'une commission mixte composée de délégués des Syndicats médicaux et des assureurs.

Une discussion s'engage, où prennent part MM. Gairal, Louis Gourichon, de Paris, Millon, de Paris, Vallat, de Saint-Mandé, Rachet, de Honfleur, Dunand, d'Esthernay ; Lasalle, de Lormont; Mignon, des Mureaux, de Grissac, d'Argenteuil, Jeanne, de Meulan ; etc. Des résolutions sont prises et des réserves sont faites sur la composition et le résultat des travaux de cette Commission.

M. Guiberteau, de St-Jean de Corcoué (Loire-Inférieure), au nom du Syndicat de Montaigu, en Vendée, fait adopter un vœu, déjà émis par le Syndicat de Nantes, sur la nécessité de faire constater à la campagne les décès par un médecin. Cette constatation s'impose au point de vue médico-légal et surtout comme corollaire de l'application de la loi sur la santé publique.

La séance a été levée à 6 heures 1/2.

Le lendemain, un banquet commun réunissait les délégués des Syndicats aux membres du *Concours médical*. Le président de l'Association générale, M. Brouardel, et son secrétaire général, M. Lereboullet, étaient au nombre des invités et l'on a pu y boire à l'entente absolue de toutes les associations professionnelles françaises qui se trouvaient ainsi représentées.

Ouverture des cours.

Clinique obstétricale Tarnier : M. le Pr P. BUDIN

Le 15 novembre 1904, le Professeur BUDIN a repris son cours de clinique obstétricale à la clinique obstétricale Tarnier. Comme les années précédentes, ce cours se composera de deux leçons par semaine, l'une des deux étant consacrée à la lecture et à la critique des observations intéressantes de la semaine. L'enseignement sera complété par de nombreuses conférences faites par les élèves de M. Budin, ainsi que par des exercices pratiques.

Le professeur a consacré sa leçon d'ouverture à l'étude de la *question du forceps appliqué sur la tête dernière.* — Cette question présente non seulement un intérêt scientifique et pratique, mais encore un intérêt historique. L'extraction de la tête dernière, dans l'accouchement par le siège, se fait grâce à la manœuvre de Mauriceau. Celle-ci réussit-elle toujours ? Oui, disait Madame Lachapelle, qui en attribuait l'échec à quelque faute de technique. Baudeloque ne partage pas cette manière de

voir, et il déduit que, dans certains cas, il pourrait être bon de recourir au forceps : d'ailleurs Smellie avait déjà figuré l'application de cet instrument dans ces conditions. La question fut immédiatement controversée : tandis que le forceps était admis par Simpson, Barner, Crédé, Litzmann, Bischoff, Dumann, Veit, Schneider ; Gweiffel, Schauta, Martin, s'élevaient contre son emploi. En France, les accoucheurs se montrèrent favorables à l'usage de cet instrument : il eut pour défenseurs Velpeau, Tarnier, Grynfeltt et Budin, qui, depuis 1882, en reconnaît l'utilité.

Il faut, au point de vue clinique, reconnaître deux variétés de cas suivant l'étage du bassin occupé par la tête. Celle-ci est-elle au détroit supérieur ? le forceps n'est pas applicable, et mieux vaut recourir à des manœuvres manuelles actuellement bien définies. La tête est-elle arrêtée au détroit inférieur ? c'est alors qu'on peut logiquement songer à l'emploi de cet instrument. C'est, en effet, une erreur que d'exercer des tractions trop énergiques sur la bouche de l'enfant : le maxillaire inférieur peut se rompre à partir de 25 kg., de 20 kg. même chez le prématuré. Le plancher buccal peut être effondré par les doigts, les parois cervicales sont tiraillées, d'où paralysie de Erb. Enfin, ces manœuvres trop lentes ont pour résultat d'amener la souffrance du fœtus qui va naître en mort apparente, et ne pourra peut-être pas être ranimé.

Le forceps, dans ces conditions, se trouvera indiqué de diverses manières ; tantôt c'est le bourrelet cervical qui bride la tête, ou bien il s'agit d'un léger degré de rétrécissement du segment inférieur, d'une ankylose du coccyx, d'un développement anormal du releveur anal. Aussi dans tout accouchement par l'extrémité pelvienne, le forceps doit-il être à portée de la main, prêt à servir.

L'application du forceps sur la tête dernière est, d'ailleurs, historique ; Antoine Dubois eut à l'appliquer chez l'impératrice Marie-Louise, le 20 mars 1811 ; grâce à lui, le roi de Rome naquit vivant, si bien que Pajot pouvait dire « qu'il sauva la dynastie arrêtée au passage ».

Cyrille Jeannin.

Clinique des Maladies du Système nerveux : M. le Pr F. RAYMOND

L'ouverture du cours de la clinique des maladies nerveuses à la clinique Charcot de l'Hospice de la Salpêtrière, a eu lieu, cette année, comme d'ordinaire, devant un nombreux auditoire, dont la majorité appartenait au corps médical pratiquant ; médecins français et étrangers. Comme les années précédentes, M. le prof. Raymond a commencé son intéressant cours par la leçon du mardi. Dans ces leçons, faites avec une clarté, très appréciée par nos confrères, le maître fait passer, selon la tradition, devant les auditeurs, une série de malades atteints d'affections variées. Le mérite du prof. Raymond consiste en ce qu'il arrive, dans un temps relativement court, à passer en revue la symptomatologie particulière de l'affection en question, son étiologie, son diagnostic différentiel et le traitement à appliquer. C'est ce qui explique l'intérêt que nos confrères et nos futurs confrères apportent à suivre assidûment ces leçons.

Pour mieux faire ressortir le rôle que joue l'hérédité nerveuse dans la neuropathologie, M. Raymond montre d'abord deux cas d'hystérie, dont l'un concerne un garçon de 10 ans, atteint des terreurs nocturnes d'origine hystérique, et l'autre, une femme de 54 ans, atteinte d'une dyspnée hystérique : l'hystérie infantile et l'hystérie sénile. Les terreurs nocturnes, maladie relativement fréquente chez les enfants, ont été rapportées souvent au mal comitial. Lasègue affirma même que ces terreurs nocturnes sont une forme d'épilepsie. Et, cependant, il est facile de se convaincre qu'il ne s'agit nullement de cette terrible maladie. L'absence de miction involontaire et de pâleur de visage éloignent de ce diagnostic, et la considération de la qualité, du caractère particulier du sommeil, montrent nettement que, dans le cas particulier, on est en présence de terreurs nocturnes d'origine hystérique ; elles se rencontrent souvent chez les nerveux héréditaires et ont parfois pour point de départ une indigestion ou une maladie infectieuse, comme chez le petit malade présenté, essentiellement nerveux, la peur fut créée par une angine diphtérique antécédente. L'hystérie sénile dont est atteinte la seconde malade présentée, est de longue date. Elle a commencé par un sommeil hystérique, qui se transforma plus tard en dyspnée hystérique avec œsophagisme et contractures hystériques des muscles abdominaux.

Après avoir passé en revue le traitement utile dans ces deux cas, M. Raymond montre une femme tabétique dans la phase préataxique. Le tabes est une affection classique connue par tout le monde, et, pourtant, combien des erreurs sont commises ; combien de fois les douleurs fulgurantes ne sont-elles pas prises pour les douleurs rhumatismales ! La malade n'a pas eu d'accidents secondaires, ni tertiaires ; néanmoins, elle a eu la syphilis, car le papillome ulcéreux qu'elle présente sur la face palmaire de la main droite en est la preuve. L'absence des réflexes rotuliens et plantaires, la présence du signe d'Argyll, ainsi que la constatation du signe de Romberg au début, confirment le diagnostic de tabes. Le cas de cette malade est intéressant, elle a commencé son tabes 7 ans après les premiers accidents de la syphilis ; en général, le tabes débute 12 à 13 ans après ces accidents.

Les deux autres malades présentés sont une fillette atteinte d'une paraplégie infantile depuis l'âge de 16 mois, à la suite d'un accès fébrile très intense. La paralysie se généralisa pendant dix jours ; à la fin de cette période, elle se localisa dans les membres inférieurs, qui en sont atteints depuis plus de deux ans et demi. Le dernier malade est une chorée d'évolution chez un garçon de 15 ans. La chorée vulgaire, dont l'origine remonte au mois de juillet, est due à la croissance ; en outre, vers cette époque, le malade a eu des tuméfactions rhumatismales des deux articulations tibio-tarsiennes.

Ainsi, dans un exposé court et didactique, le professeur de la clinique des maladies nerveuses de notre faculté de médecine arrive à montrer à ses auditeurs une série d'affections des plus variées et des plus intéressantes au point de vue clinique et thérapeutique. Par leur empressement à suivre ses leçons, les auditeurs montrent le prix qu'ils attachent aux efforts du maître pour les instruire ; et cet enseignement clinique, compte, en ce moment, parmi les meilleurs de Paris.

P. K.

Une victime du devoir. — *Un infirmier mort au chevet des typhiques. — Les obsèques militaires.* — Saint-Étienne, 14 novembre. (*De notre correspondant particulier.*) — Ce matin, ont eu lieu les obsèques du soldat infirmier Gedet, du 16e d'infanterie, qui est décédé des suites de la fièvre typhoïde, qu'il contracta au chevet des victimes de l'épidémie du quartier de cavalerie. La musique du 16e de ligne précédait le cortège funèbre, où se trouvaient les généraux d'Amboix, de Larbont, Beaudic ; les colonels Donnat, Carrié ; le médecin principal Hassler. Une compagnie d'infanterie rendait les honneurs. La dépouille de cette victime du devoir a été transférée à Hérisson (Allier). *Journal*, 15 novembre 1904.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 14 novembre 1904.

M. Mayet, qui a fait connaître à l'Académie, il y a plus de onze ans, les résultats de ses tentatives d'inoculation de produits cancéreux aux animaux, a poursuivi ses recherches et a pu s'assurer que l'injection au rat blanc de principes solubles de néoplasmes, séparés de tout élément solide par filtration sur bougie de porcelaine, détermine, dans un petit nombre de cas, l'apparition de tumeurs épithélioïdes dans le rein ou de tumeurs épithélioïdes et alvéolaires dans la tunique fibreuse du foie, tumeurs qui sont absolument semblables, les premières au cancer du rein, les secondes au cancer de la mamelle ; parfois aussi on obtient de nombreux noyaux sarcomateux dans les replis du péritoine. Chez un grand nombre d'animaux de la même espèce, ces injections, ou l'inoculation intrapéritonéale de fragments cancéreux, entraînent simplement des lésions ulcéreuses ou kystiformes du rein.

Les produits solubles ou néoplasiques utilisés dans les expériences de l'auteur provenaient soit de cancers indiscutables, soit de tumeurs qui, de par les résultats de l'examen histologique, avaient été déclarées de nature bénigne.

Sur la croissance de l'homme et des êtres vivants en général.

MM. Ch. Henry et L. Bastien adressent une note relative à l'expression mathématique des phénomènes de la croissance du corps, telle qu'elle résulte des documents statistiques. Les auteurs ont pu s'assurer que les courbes de croissance, tant au point de vue du poids qu'en ce qui concerne la taille, sont des hyperboles se raccordant en certains points qui constituent des *âges remarquables* auxquels la loi de croissance, tout en étant représentée par la même fonction mathématique, change d'allure ; la durée de la gestation et la période de croissance sont deux de ces âges remarquables.

C. Phisalix.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 19 novembre 1904.

Mécanisme de l'hématolyse.

M. Froin. — Dans les hématomes liquides, les hématies examinées dans le liquide où elles nagent se résorbent de quatre façons principales : l'hématophagie, la globulolyse. l'hémoglobinolyse et l'antiglobulolyse dans le cas où l'hématome est très concentré.

1° La cellule endothéliale, macrophage, se charge de l'exode du plus grand nombre d'hématies à travers les voies lymphatiques ; cette tâche se continue en dehors des actes hématolytiques.

2° Le neutrophile réalise l hémoglobinolyse, mais agit lentement. Si la quantité d'hémoglobine est assez grande pour que la réaction des pigments biliaires s'ensuive, on voit prédominer les grands éléments uninucléés.

3° Le lymphocyte sensibilise le globule rouge pour le dissocier et crée la globulolyse. L'hémoglobine ne s'échappe pas en abandonnant très lentement les particules du stroma, s'il n'y a pas de neutrophile dans le foyer sanguin.

4° L'éosinophile préserve le globule rouge contre la globulolyse, lutte contre la fragilité du stroma globulaire et ralentit l'hématolyse quand elle est trop active.

Le travail hématolytique met en jeu des forces variées ; la cellule endothéliale a un rôle mécanique ; le polynucléaire, un rôle chimique et physique.

Sur la séparation des neuro-fibrilles après les sections nerveuses.

M. Marinesco (de Bucarest). — Les propriétés tractionnelles des fibrilles nerveuses, après section, sont modifiées. Pendant la réparation, les neuro-fibrilles reviennent à l'état normal. Ce processus est aussi long que celui de la réintégration des éléments chromatophiles. Il y a hypertrophie, puis disposition striée avec changements de coloration ; les neuro-fibrilles reviennent à leur disposition normale et la cellule passe de l'aspect strié à l'aspect réticulé. On trouve des cellules qui s'atrophient, présentent de la dégénérescence granuleuse et finissent par dispararaitre.

Localisation de la graisse dans les cellules hépatiques.

MM. Gilbert et Jonner ont constaté sur des lapins et des chiens inanitiés ou normaux que la graisse se dépose, tantôt au centre, tantôt à la périphérie de la cellule hépatique. En réalité, c'est autour des capillaires biliaires que la graisse est agglomérée, et c'est par eux qu'elle doit être éliminée.

Modifications des rapports urologiques au cours des dermatoses.

MM. Desgrez et Ayrignac. — Les kératines et autres cellules riches en soufre sont plus détruites dans les dermatoses que les autres substances albuminoïdes. La déminéralisation de l'organisme est supérieure à la normale.

Influence du régime sur le poids, sur l'alimentation, sur l'urine.

M. Maurel (de Toulouse) montre que la quantité de liquide abaissée au-dessous de 3 % fait diminuer le poids de l'animal de la quantité d'aliments ingérés et la diurèse. Ceci est dû à la diminution des liquides de l'organisme. Ce régime ne sera donc pas employé chez l'obèse où les liquides seront déjà diminués.

Inefficacité du sérum antituberculeux sur la température.

M. Arloing (de Lyon) indique que la fièvre dans la tuberculose, sans saprophytes, est attribuée à l'action physiologique de la tuberculose. Un sérum très antitoxique in vitro (sérum anti tuberculineux) devrait exercer une action sur la courbe thermique. Or dans deux cas, il n'y a eu aucune action.

Pigments biliaires dans le liquide céphalo-rachidien.

M. Mongour (de Bordeaux) a vu chez six malades ictériques avec chlorurie et cholémie de causes variables, le liquide céphalo-rachidien ne présenter aucune fluorescence, et une quantité infinitésimale de pigments biliaires, ce qui indiquerait que ce liquide n'est pas une simple transsudation, mais une filtration interne.

E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 novembre 1904.

La fin de l'année approche et la séance est occupée tout entière par des rapports de prix : rapport de M. Magnan sur le prix Lortet, de M. Gariel sur le prix Apostoli, de M. Bureau sur le prix Desportes. Comme toujours, les conclusions de ces rapports sont discutées en comité secret.

Dr A.-F. Plicque.

SOCIETE DE CHIRURGIE

Séance du 16 novembre 1904.

Sur les tumeurs du gros intestin (suites).

M. Quénu a, dès 1901, établi la distinction entre des états d'occlusion et de non-occlusion.

Dans des cas d'occlusion, il fait un anus contre nature, et si le diagnostic de siège n'est pas fait, cet anus est cæcal. La technique qu'il suit est simple : il fixe, au moyen d'une collerette de sutures, une portion de la paroi antérieure du cœcum, large comme une pièce de cent sous, à la paroi abdominale. Dix heures après, il y pratique une ponction avec un trocart et permet ainsi au contenu, qui est généralement liquide, de s'échapper en même temps que le gaz. L'évacuation complète demande un jour ou un jour et demi. On adapte au trocart un tube qui passe à travers le pansement, de telle sorte que ce dernier n'est pas souillé. Plus tard on transforme l'orifice de ponction en une véritable ouverture et au bout de quinze jours à trois semaines, le ventre, devenu souple, se prête à une intervention chirurgicale.

Dans certains cas, on trouve dans le cæcum, non pas des matières liquides, mais un véritable stercorome formé de matières extrêmement dures.

M. Quénu admet cependant, parfois. la laparotomie d'emblée : c'est lorsque le diagnostic du cancer lui-même n'est

pas fait, et alors on pourrait suivre la conduite de M. Hartmann.

S'il n'y a pas d'occlusion complète, il faut envisager deux cas :

1° S'il s'agit d'un cancer du cæcum. On fait alors l'extirpation en un temps. M. Quénu a opéré ainsi trois malades : le premier est mort le 6e jour ; le second, atteint d'un cancer de la valvule iléo-cœcale, a été opéré il y a cinq ans et demi et a été revu le 15 novembre de cette année en parfait état. Enfin, chez le troisième malade, M. Quénu, après avoir réséqué le cæcum et le côlon ascendant avec une anse grêle, a fermé le bout colique et pratiqué une anastomose iliosigmoïdienne.

2°) Le cancer siège ailleurs que sur le cæcum ; on peut alors opérer tantôt en un temps (cas simples), tantôt en deux temps (cas difficiles).

M. Segond a vu trois fois un cancer du gros intestin avoir, pour première manifestation, un abcès. Dans les cas d'occlusion, il a toujours recours et d'emblée à l'anus artificiel préalable et il utilise pour cela l'appendice qu'il insère à la paroi et dont il résèque le bout libre : le drainage de l'intestin se fait alors à travers la lumière même de l'appendice : c'est l'appendicostomie imaginée en Amérique.

A propos du drainage du Sinus frontal.

M. Quénu, chez une femme de 63 ans, atteinte de sinusite gauche depuis trois ans et demi, a obtenu la guérison en recourant à une incision courbe du rebord orbitaire qui lui a permis, après décollement du périoste, d'ouvrir le sinus énorme : 7 cent. de long sur 6 de large et 3 de profondeur. Il a alors effondré la paroi inférieure, pénétrant avec le doigt dans les fosses nasales.

M. Toubert apporte trois faits personnels, ayant trait à des suppurations chroniques et invétérées et dans lesquels il a obtenu un plein succès en attaquant les cellules ethmoïdales par la résection temporaire ou définitive des os propres du nez et de l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

M. Chaput reproche au procédé de Kilian : 1° la cicatrice trop visible ; 2° une résection osseuse trop étendue. M. Chaput a recours, en pareil cas, à une incision en U dans l'axe des plis de froncement des sourcils. Le lambeau ostéoplastique relevé met à nu les deux sinus dont la cloison est alors réséquée. Il effondre alors la paroi inférieur du sinus malade et du sinus sain et assure ainsi un large drainage.

Anévrisme poplité. — Extirpation. — Guérison.

M. Monod fait un rapport sur cette observation de M. Schmid (de Nice).

L'opératation a montré une poche anévrismale ne communiquant nulle part avec l'artère. M. Schmid pense qu'il s'agit d'un anévrisme disséquant. Or celui-ci implique un orifice de communication ; aussi M. Monod pense-t-il qu'il s'agit plutôt d'un A. circonscrit faux primitif par rupture de l'artère déjà ectasiée, survenue en janvier 1900, époque à laquelle le malade avait un jour ressenti brusquement une douleur violente au creux poplité suivie de la tuméfaction de sa jambe L'examen histologique pourrait seul trancher la question.

L. Kendirdjy.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 novembre 1904.

Intoxication mortelle par le gaz des ballons.

MM. E. Barié et Bussy. — Le gaz des ballons est constitué par de l'hydrogène auquel sont mêlés des produits toxiques, provenant de l'acide sulfurique ayant servi à la préparation du dit gaz, tels que l'hydrogène arsénié, l'H. antimonié et l'H. sélénié. Les deux derniers sont peu toxiques et instables, mais l'H. arsénié est un poison destructeur des globules rouges. Les auteurs apportent un cas ou un aérostatier qui avait manipulé le gaz des ballons fut pris de vomissements incessants, de douleurs abdominales, avec urines brun foncé, coloration rouge-brun de la peau. Ni des injections de sérum, ni la glace, ni la théobromine associée à du régime lacté et des inhalations d'oxygène n'ont pu le sauver. Il est mort le quatrième jour adynamique et anurique.

Traitement des arthrites subaiguës par le radium.

M. Soupault a traité six malades par cette méthode. Ces six malades étaient atteints d'arthralgies subaiguës. C'est le bromure de radium qui a été employé. Il aurait une activité de deux millions de fois supérieure à celle de l'uranium qu'on prend pour unité. En y mélangeant du baryum, on obtient une radioactivité plus ou moins prononcée. Le mélange de bromure de radium et de baryum employé dans le traitement en question possédait une radioactivité de 500.000. Des succès complets ont été obtenus dans un cas d'hydarthrose double, dans deux cas d'arthrite blennorrhagique du poignet et de la main, dans deux cas de rhumatisme articulaire subaigu à marche traînante, et enfin dans un cas de goutte saturnine subaiguë. La tentative a, par contre, échoué dans des affections articulaires aiguës de diverses natures.

MM. Toulouse et Regnier présentent une très substantielle étude sur la *bromuration et l'hypochloruration simultanées*. Le bromure serait plus actif chez les hypochlorurés.

Séance du 18 novembre 1904.

La rééducation respiratoire chez les anciens pleurétiques comme mesure de prophylaxie contre la tuberculose.

M. G. Rosenthal rapporte l'histoire d'un malade atteint de pleurésie sérofibrineuse d'origine tuberculeuse (lymphocitose, inoculation). Le stade de pleurésie a été précédé d'une période d'amaigrissement, stade de *dénutrition tuberculisable*. La rééducation respiratoire appliquée dès la phase aiguë a provoqué une diurèse considérable, même pendant la phase d'augmentation de l'épanchement. En même temps le poids du malade suivait une progression constante ; si bien que le malade, au lieu de son poids d'entrée à l'hôpital de 51 kilos, au lieu de son ancien poids minimum de 65 kilos, pèse maintenant 70 kilos. Tout trouble local ou général a disparu.

Angine de Vincent.

M. Widal présente une malade qui, en même temps que l'angine de Vincent, présente une stomatite ulcéro-membraneuse. Les deux maladies ont été précédées par une angine pseudo-membraneuse à staphylocoques, laquelle paraît ainsi avoir préparé le terrain.

Syphilis héréditaire du cervelet.

M. Guillain présente, en son nom et au nom de M. le professeur Raymond, un enfant atteint de syphilis héréditaire du cervelet, — observation unique à l'heure actuelle. Le syndrome cérebelleux a été complet. Le traitement spécifique intense a tout fait disparaître.

M. Variot fait des réserves sur ce cas qui lui rappelle des cas analogues où il s'agissait, non de spécificité mais de l'hystérie ou de l'intoxication, et où la guérison a été obtenue sans traitement spécifique.

M. Guillain répond que, dans le cas qu'il présente, la tumeur cérébelleuse était indiscutable.

M. Dufour demande si la ponction lombaire a été faite.

M. Guillain répond qu'on s'en est abstenu, étant donné que, dans l'espèce, cela n'aurait pas été sans danger.

M. Widal dit avoir ponctionné une femme atteinte d'une tumeur du cervelet non seulement sans danger pour la malade, mais à son grand profit.

M. Variot met en doute le diagnostic de la syphilis héréditaire chez la malade présentée.

MM. Raymomd et Guillain présentent une malade *tabétique* atteinte au niveau de la main droite de *syphilides papuleuses crustacees, psoriasiformes*.

MM. Galliard et Lévy présentent un malade atteint *d'achondroplasie fruste*.

B. Tagrine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 novembre 1904 (Suite.) — PRÉSIDENCE DE M. TISSIER.

La Stovaïne en Oto-Rhino-Laryngologie;

Par le Dr **DUBAR**.

L'anesthésie locale s'est enrichie d'un nouveau corps : la *stovaïne*, récemment découvert par un jeune chimiste français, M. Ernest Fourneau.

La partie expérimentale a été faite par M. Billon (1), physiologiste, qui a établi que sa toxicité est trois fois moindre que celle de la cocaïne.

Le professeur Reclus présenta ce nouveau produit au public médical avec une autorité et une compétence sans égales, apportant le résultat d'une pratique chirurgicale de neuf mois (2). C'est à lui, en effet, que revient l'honneur d'avoir précisé les détails de technique pour l'emploi de la cocaïne, et il a pu faire bénéficier la stovaïne des longues recherches, des patientes études entreprises pour sa devancière, précisant ainsi — au seuil même de son existence — les conditions capables d'assurer ses succès, à l'abri des tâtonnements, des hésitations et des accidents.

Des études importantes ont été faites sur cette question :

Pour la chirurgie générale, Reclus, Chaput, et plus récemment, Léon Kendirdjy et Berthaux (3) ont publié de très beaux résultats dans la rachi-stovaïnisation, faisant apercevoir une ère nouvelle de rachianesthésie ;

Pour l'ophtalmologie, par le professeur de Lapersonne (4) et par les docteurs Sauvez (5) et Nogué (6) en odontologie et stomatologie.

Il nous a paru intéressant d'entreprendre une étude dans l'application de la stovaïne à notre branche spéciale de la médecine, et nos premières applications datent du mois de mai de l'année courante.

Depuis 6 mois, nous avons remplacé systématiquement, dans tous les cas où l'anesthésie locale était nécessaire, la cocaïne par la stovaïne en employant tantôt une solution préparée d'avance contenant en plus 10 pour 100 de chlorure de sodium, tantôt une solution simple. Dans bien des cas, nous avons préparé nous-même la solution au moment de nous en servir, à raison de 5 ou 10 pour 100 de stovaïne.

Les observations qui suivent se rapportent à des types cliniques que l'on rencontre couramment dans notre pratique.

Elles correspondent à des têtes de chapitres dans le but d'échapper à une énumération longue et fastidieuse sans aucune espèce d'intérêt et se divisant en cinq groupes d'interventions.

1° Dans le cavum.
2° Dans les fosses nasales.
3° Dans le pharynx.
4° Dans le larynx.
5° Dans les oreilles.

OBS. I. — *Végétations adénoïdes. Hypertrophie des amygdales palatines. Adénopathies cervicales. Opérations à la stovaïne.*

Le 30 septembre l'enfant L..., 5 ans, est amené à la consultation du dispensaire parce qu'il respire difficilement par le nez. L'examen permet de constater de grosses amygdales, une adénopathie sous-maxillaire double ; une obstruction nasale, des gros cornets. Au toucher naso-pharyngien, on constate que le cavum est obstrué par des masses molles dans lesquelles le doigt pénètre facilement, suintement sanguin consécutif.

Opération le 7 octobre.— Discision des amygdales et morcellement après badigeonnage à la stovaïne à 10 pour 100. L'enfant maintenu par un aide ne fait aucune résistance; la vue du sang l'effraye, mais il ne ressent aucune douleur. Pas d'hémorrhagie immédiate, ni secondaire.

Curettage du cavum le 21 octobre. — Au préalable, anesthésie locale avec la stovaïne et le chlorure de sodium à 10 pour 100 avec tampon monté sur un porte-coton rétro-pharyngien; pénétration dans les gouttières latérales. Après deux minutes d'attente; première prise à la pince coupante qui ramène un gros paquet de tissu adénoïde ; curettage soigneux du cavum ; expulsion complète des débris adénoïdiens, pas de douleur, pas d'hémorrhagie; l'exploration du cavum avec un tampon monté garni d'ouate montre que celui-ci est complètement libre.

OBS. II. — *Végétations adénoïdes. Amygdales hypertrophiées. Opération. Insensibilisation à la stovaïne.*

Le 14 octobre, se présente à la consultation du service d'oto-laryngologie, la nommée Sau.., âgée de 11 ans 1/2, pour des bronchites à répétition et des maux de gorge fréquents. Les amygdales sont volumineuses, cryptiques, enchatonnées; un réflexe violent fait sourdre des cryptes des débris caséeux ; elle respire tantôt par la bouche, tantôt par le nez.

La rhinoscopie postérieure montre des végétations occupant le tiers vomer, recouvertes d'un mucopus épais et filant.

Opération le 21 octobre. — Discision des amygdales — Insensibilisation à la stovaïne 10 pour 100 dans un centimètre cube d'eau contenant 10 pour 100 de chlorure de sodium. Pas d'indisposition à signaler, pas d'hémorrhagie immédiate ni secondaire. En deux séances, les amygdales sont ramenées à leur volume normal.

Le 4 novembre. — Ablation des adénoïdes. Insensibilisation à la stovaïne à raison de dix centigr. pour un centimètre cube; application dans les gouttières latérales et dans la région médiane. Après trois minutes, l'insensibilisation est complète; extirpation d'un bouchon adénoïdien à la pince et curettage complémentaire.

Pas d'accident opératoire, pas de douleur; l'enfant ne se défend pas, ce qui montre bien l'absence de phénomènes douloureux.

OBS. III. — *Végétations adénoïdes. Hypertrophie des amygdales. Queues du cornet hypertrophiées. Opération.*

Le 21 juin 1904, le jeune M..., 13 ans, est amené à ma consultation pour insuffisance nasale ; il se plaint de fréquents maux de gorge, il est vite essoufflé, il ne peut pas respirer librement par le nez.

Opération le 28 juin.— Badigeonnage de l'amygdale droite à l'aide d'une solution de stovaïne à 5 pour 100 avec la quantité de 2 centimètres cubes. Après application de la solution, on n'observe aucun changement de volume, ni de coloration ; les tissus amygdaliens et péri amygdaliens semblent indifférents à la solution employée.

Après deux minutes, la discision est pratiquée et l'ablation faite par morcellements successifs.

L'anesthésie est complète, pas d'hémorragie.

En quatre séances, les amygdales sont morcelées, il ne se produit aucune complication opératoire ou post-opératoire ; l'enfant regagne son domicile sans avoir éprouvé le plus petit malaise.

Ablation des adénoïdes le 12 juillet. — Les tumeurs adénoïdes occupent le cavum jusqu'au tiers vomer. La rhinoscopie postérieure pratiquée facilement dispense du toucher naso-pharyngien. A l'aide d'une solution à 5 pour 100 avec deux centimètres cubes, on badigeonne à l'aide d'un porte-coton rétro-pharyngien tout le cavum et particulièrement les gouttières latérales.

Après cette application, le tissu adénoïdien ne change ni de volume, ni d'aspect ; pas de rétraction.

(1) Académie de médecine, séance du 29 mars 1904.
(2) Académie de médecine, séance du 5 juillet 1904.
(3) *Presse Médicale*, 15 octobre 1904.
(4) *Presse Médicale*, 13 avril 1904.
(5) SAUVEZ. — Société d'odontologie, séance du 9 avril 1904.
(6) NOGUÉ. — *Archives de stomatologie*, avril 1904.

Au bout de trois minutes, une première prise à la pince coupante ramène un paquet adénoïdien qui se détache de la région moyenne.

A l'aide du couteau tranchant, il est procédé au curettage du cavum avec évidement des gouttières latérales. Pas de complications opératoires, pas de douleurs, pas d'hémorragie, pas de maux de tête,

Les soins consécutifs classiques sont donnés.

A la rhinoscopie postérieure, le cavum se montre libre.

Pas de débris en suspension.

La respiration nasale se rétablit peu à peu à l'aide d'exercices respiratoires méthodiques quotidiens. L'enfant quitte Paris le 8 août.

Obs. IV — *Hypertrophie amygdalienne double. Angine à répétition. Amygdale pharyngée volumineuse et cryptique. Opération après anesthésie à la stovaïne.*

Mlle Guid..., 19 ans, a de fréquents maux de gorge depuis son enfance, elle tousse fréquemment ; et respire difficilement par le nez ; dort la bouche ouverte. Sujet pusillanime.

Opération le 25 octobre 1904.—Badigeonnage des amygdales et des tissus péri-amygdaliens avec une solution de stovaïne à 10 % à raison de deux centimètres cubes. Une moitié est utilisée pour la première opération et l'autre moitié sert au badigeonnage de la troisième amygdale.

Dans un premier temps, discision et morcellement des amygdales à la pince de Ruaut. Dans un second temps, ablation des adénoïdes à la pince coupante et curettage complémentaire du cavum.

De gros fragments sont rejetés et la rhinoscopie postérieure montre que le tissu adénoïdien ne subit aucune rétraction sous l'influence du badigeonnage.

Aucun accident opératoire, pas d'hémorrhagie, pas de malaise, pas de maux de tête, la malade regagne à pied son domicile où les soins habituels lui sont donnés.

Ob. V. — *Hypertrophie du cornet moyen gauche. Obstruction nasale. Résection du cornet après insensibilisation à la stovaïne sans accidents opératoires. Intolérance de la cocaïne.*

Mme L..., 20 ans 1/2, m'est adressée par le Dr Thomas, le 8 juin 1903, pour une obstruction du nez à gauche.

La patiente est très nerveuse, impressionnable à l'excès ; elle raconte avoir déjà consulté à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de mon maître Lermoyez, avoir été traitée et examinée par M. Guérin quelques mois auparavant. Une application d'un tampon de cocaïne dans la fosse nasale avait amené une surexcitation, et une agitation telles, — accompagnées de phénomènes d'intolérance très marqués — qu'elle ne voulut pas laisser poursuivre l'intervention.

A l'examen, on constate que la fosse nasale droite est libre mais la fosse nasale gauche est obstruée complètement par une masse volumineuse qui descend de haut en bas et atteint presque le plancher de la fosse nasale ; la muqueuse du cornet inférieur est hypertrophiée. Le pharynx est rouge. La rhinoscopie postérieure fait apercevoir le cavum qui est libre, et le cornet moyen gauche est plus gros qu'à l'état normal.

Opération le 15 juin.—Mise en place d'un tampon qui pénètre assez difficilement dans la fosse nasale gauche. Il est imprégné d'une solution de stovaïne à 10 pour 100 ; il est utilisé environ un centimètre cube et demi de liquide contenant en outre 10 pour 100 de chlorure de sodium. La malade est dans la position assise, ne témoigne d'aucune gêne, d'aucune angoisse, le pouls reste à 80, bien tendu, bien plein.

Un aide maintient la tête avec immobilité. Trois minutes s'écoulent, le tampon est enlevé ; la pince coupante est introduite dans la fosse nasale, et par fragments la résection du cornet moyen s'opère sans écoulement de sang considérable, sans la moindre alerte, sans que la malade ait ressenti une douleur sérieuse.

Tamponnement avec une mèche imbibée d'eau oxygénée levée le lendemain matin. Pansement à la poudre d'aristol, pas d'hémorragie. Soins successifs classiques. Au 12me jour, la cicatrisation est obtenue.

Nouvelle anesthésie à la stovaïne et cautérisation à l'ignipuncture du cornet inférieur gauche, qui ne subit aucune rétraction médicamenteuse mais qui cède à la raie de feu.

Le 24 juillet, la malade est guérie et la perméabilité nasale du côté gauche est complètement rétablie.

Ob. VI. — *Papillome du pilier postérieur gauche. Ablation à l'anse froide après stovaïnisation.*

Le 14 septembre 1904, le docteur L... vient me consulter parce qu'il ressent dans la gorge une gêne intermittente qu'il attribue à un papillome.

L'examen permet de constater qu'il existe en effet une petite tumeur pédiculée longue de quelques millimètres ressemblant à un grain de chénevis, siégeant sur la face antérieure du pilier postérieur gauche et inséré au niveau du tiers supérieur.

Ablation à l'anse froide après avoir déposé avec un porte-coton cinq centigr. de stovaïne pure sur le papillome. Aucune sensation douloureuse n'est perçue par le patient. L'anesthésie persiste pendant plus de dix minutes.

Obs. VII. — *Crête gauche de la cloison. Polype muqueux des deux fosses nasales. Opération sous stovaïne.*

M. L..., 51 ans, m'est adressé le 20 septembre par le Dr Ribon pour une obstruction nasale gauche produite par une crête de la cloison. A l'anse froide, notre confrère a débarrassé à plusieurs reprises les fosses nasales encombrées de myxomes récidivants.

L'examen permet de constater une crête longue de la cloison à gauche. L'intervention est pratiquée immédiatement.

Insensibilisation avec une solution de stovaïne à 10 pour 100. Deux centimètres cubes sont prélevés et la plus grande partie est utilisée.

La durée d'attente est de quatre minutes.

La muqueuse se montre rosée, indifférente à l'anesthésie locale qui vient d'être pratiquée. L'ablation est opérée à l'aide de l'ostéotome américain. Léger suintement sanguin, pas de malaise, pas de gêne, pas de sensation d'angoisse ; la fosse nasale est libre, le malade regagne le pays qu'il habite. Une mèche tampon est mise en place. Revu quinze jours après, la cicatrisation est parfaite.

Obs. VIII. — *Crête de la cloison à gauche. Hypertrophie de la tête du cornet inférieur droit. Opération sous stovaïne.*

Le 15 septembre 1904, M. H...., d'origine allemande, vient me consulter parce qu'il a une obstruction des deux fosses nasales.

L'examen permet de constater *à droite* que la fosse nasale est obstruée par une hypertrophie de la tête du cornet qui affronte la cloison. Au stylet il ne se produit aucune rétraction de la muqueuse. *A gauche*, une crête de la cloison obstrue la lumière de la fosse nasale.

Dans une *première séance*, insensibilisation de la fosse nasale gauche avec un tampon de stovaïne en solution à 10 pour 100. Deux centimètres cubes sont employés. La solution contient également 10 pour 100 de chlorure de sodium. Pendant quatre minutes, il ne se produit aucun trouble ; le sujet est très nerveux ; le pouls est à 82. L'ostéotome est introduit dans la fosse nasale et mis en place soigneusement sans que le malade témoigne la plus légère douleur. La muqueuse est rosée, de coloration *normale*, elle ne saigne pas ; la crête est réséquée sans aucune perception de la douleur. Pas d'hémorrhagie immédiate, ni secondaire ; tamponnement léger, levé le lendemain.

Dans une *seconde séance* résection de la tête du cornet après *stovaïnisation* par le même procédé et à la même dose. Le cornet saigne d'une manière non inquiétante. Pas d'incident. la guérison est obtenue après pansements réguliers, la perméabilité nasale est rétablie.

Obs. IX. — *Polypes muqueux des deux fosses nasales. — Ablation à l'anse froide après stovaïnisation.*

M. Cha..... m'est adressé par le Dr Biscarrat en mai 1904 pour une obstruction nasale double. Des enrouements sont

consécutifs à cette obstruction, les méats moyen et inférieur sont remplis de polypes muqueux.

L'ablation est indiquée ; l'opération est faite à l'anse froide après avoir insensibilisé la région avec une solution de deux centimètres cubes contenant 10 pour 100 de stovaïne et 10 pour 100 de chlorure de sodium. Des séances successives ont été répétées et la perméabilité nasale rétablie grâce en outre à quelques cautérisations ignées pratiquées sur les cornets inférieurs.

Chaque séance a toujours été suivie d'une légère hémorrhagie sans gravité qui cédait à un léger tamponnement à la gaze imbibée d'eau oxygénée à 12 volumes.

Obs. X. — *Rhinite hypertrophique double. Anosmie datant de trois semaines. Cautérisations sous stovaïne.*

M. G..., pharmacien, vient me consulter pour une obstruction nasale qui remonte à plus d'un mois ; depuis plus de trois semaines, il a perdu l'odorat ; il mouche abondamment, et fréquemment un liquide clair à peine teinté.

A l'examen, on constata l'hypertrophie des deux cornets inférieurs, insensibilisation à la stovaïne.

Un centimètre cube contenant 10 pour 100 de stovaïne et 10 pour 100 de chlorure de sodium imbibe un tampon d'ouate qui est mis en place pendant deux minutes. Une raie de feu est placée à cheval sur le cornet inférieur et s'étend sur la plus grande partie de sa longueur. Pas de douleur, pas de gêne, pas de symptômes témoignant de la plus légère indisposition.

L'aspect de la fosse nasale avant et après la mise en place du tampon est absolument le même. Quatre cautérisations espacées sont nécessaires pour rétablir la perméabilité des fosses nasales et l'odorat redevient ce qu'il était auparavant.

Obs. XI. — *Rhinite hypertrophique double. Catarrhe de la voûte. Granulations pharyngées.*

M. C.., 25 ans, m'est adressé par le Dr Wattelet, le 20 mai 1904, pour une obstruction nasale qui dure depuis plusieurs mois, il mouche rarement et difficilement par le nez — mais d'abondantes mucosités tombent dans son arrière-gorge et le matin il a la gorge sèche.

L'examen permet de constater dans la fosse nasale *droite* une déviation de la cloison accompagnée d'une hypertrophie du cornet inférieur qui réduit le méat inférieur à l'état d'une fente, la muqueuse est hyperhémiée, la fosse nasale *gauche* est également obstruée par une hypertrophie du cornet inférieur et du cornet moyen.

Le *pharynx* est rouge vif, des mucosités cavales forment bouchon ; la rhinoscopie postérieure montre une amygdale pharyngée volumineuse avec des cryptes profondes injectées avec bouchons de muco-pus adhérents et filants.

La perméabilité des fosses nasales est rétablie par des cautérisations nasales à l'ignipuncture pratiquées sous stovaïne à l'aide d'une solution à 10 pour 100. A l'inspection, on ne constate aucune différence de la muqueuse après ou avant la mise en place du tampon anesthésique, les tissus restent indifférents vis-à-vis de la solution ; aucun signe d'indisposition d'ordre toxique après la cautérisation.

Obs. XII. — *Hypertrophie des cornets inférieurs et moyens. Catarrhe de la voûte. Laryngite catarrhale.*

Mme J.., 34 ans, artiste lyrique, m'est adressée par un professeur de chant le 15 juin 1904, pour une obstruction nasale. La patiente est très émotive. — La cocaïne l'effraye, elle me déclare qu'elle se refuse à l'emploi de cet anesthésique avant même que je l'ai examinée.

L'examen me permet de constater qu'il existe au niveau des cornets inférieurs et moyens droits et gauches une hypertrophie considérable qui obstrue la lumière des méats. Comme conséquences : troubles fonctionnels de la voix, chant nasonné, enrouements subits, émotivité ; désespoir.....

Le *pharynx* est hyperhémié, des mucosités tombent du cavum et adhèrent à la paroi postérieure du pharynx. Le *larynx* est aussi le siège d'une rougeur diffuse, les cordes vocales se tendent mal.

Après avoir gagné la cause de l'insensibilisation, je procède à l'anesthésie par la stovaïne.

Je prélève cinq centigrammes du produit que je fais dissoudre dans un centimètre cube d'eau distillée et je mets en place un tampon de ouate imbibé de la solution précédente.

Après une attente de cinq minutes, je place une raie de feu sur le cornet inférieur droit ; la sensation douloureuse est perçue, mais elle est surmontée et je peux terminer l'opération : la muqueuse est incisée à fond par le cautère. Pas d'hémorrhagie, pas de maux de tête, pas d'effroi, pas d'angoisse.

En l'espace d'un mois quatre cautérisations sont pratiquées une sur chaque cornet hypertrophié. Dans la *seconde séance* et les suivantes, solution de stovaïne à 10 pour 100. Cette fois, la douleur est abolie complètement et la malade ne ressent après l'intervention qu'un peu de gêne et de cuisson comme on l'observe dans la généralité des cas, mais à aucun moment elle n'a jamais présenté de troubles imputables à l'anesthésique local.

Le *20 octobre*, il persiste encore une légère hypertrophie de la muqueuse des cornets inférieurs ; nouvelles pointes de feu ; la perméabilité nasale est rétablie.

Obs. XIII. — *Rhinite hypertrophique. Amygdales enchatonnées hypertrophiées. Amygdale pharyngee volumineuse. Opération sous stovaïne.*

Madame, T..., 22 ans, m'est adressée le 30 juillet par notre confrère le Dr Gaudin. Elle se plaint de fréquents maux de gorge et aussi de respirer difficilement par le nez. L'examen permet de constater deux amygdales palatines volumineuses, cryptiques, anfractueuses, enchatonnées et adhérentes aux replis de His, très développées à gauche. La paroi postérieure est tapissée par des mucosités cavales abondantes.

La voûte est obstruée par des végétations adénoïdes volumineuses ; la troisième amygdale participe à l'hypertrophie constatée plus bas.

Les fosses nasales sont obstruées par les cornets inférieurs hypertrophiés.

La patiente est très impressionnable ; la vue des instruments l'effraye. Des soins hygiéniques, des gargarismes, une pommade antiseptique pour le nez sont prescrits et deux jours après on procède à la première séance de morcellement des amygdales palatines.

Anesthésie avec la stovaïne. Deux centimètres cubes d'une solution à 5 p. 100 sont employés lors de la première séance et la même manœuvre est répétée quatre fois.

Morcellement après deux minutes d'attente. Aucune réaction de la muqueuse ni des tissus sous-jacents. Indifférence complète à l'anesthésique.

Pas d'hémorragie, pas de douleur, pas de maux de tête. Aucun symptôme ne traduisait l'application de l'anesthésique. Les amygdales sont morcelées et les replis de His auparavant réséqués au plicotome.

Le 6 *septembre*, curettage du cavum après badigeon rétropharyngien avec la même solution de stovaïne à 5 pour 100. Après une attente de trois minutes avec la pince coupante, on procède à une première prise qui ramène des végétations siégeant à la partie moyenne. Avec la curette, libération des régions ou gouttières latérales.

La malade, opérée dans la position assise et maintenue en place, n'a opposé aucune résistance à l'intervention, elle n'a manifesté, aucune douleur pendant l'opération. Pas d'hémorragie consécutive, pas de maux de tête, pas de malaise.

Le 10 *septembre*, première cautérisation nasale au niveau du cornet inférieur gauche, après avoir laissé en place un tampon imbibé de stovaïne à 5 pour 100 (2 centimètres cubes). Légère réaction produite par l'appréhension de la raie de feu. Pâleur de la face.

Le 16 *septembre*, deuxième cautérisation ignée dans la fosse nasale droite, le tampon est laissé en place trois minutes. Pas de changement dans l'aspect de la muqueuse au contact prolongé de l'anesthésique. La cautérisation est faite à fond et la malade ne ressent aucune douleur. L'insensibilisation est complète.

Obs. XIV. — *Varicosités de la sous-cloison. Epistaxis rebelles. Cautérisations ignées sous stovaïne.*

M. G..., 38 ans, petit, sanguin, est pris depuis quatre jours d'épistaxis et vient me consulter le 14 octobre. A l'examen, on constate au niveau de la sous-cloison et de la cloison de petites varices superficielles qui saignent au contact du stylet.

Un tampon est introduit dans chaque narine avec une solution de stovaïne à 5 pour 100 et laissé en place quatre minutes. Au bout de ce laps de temps, on les enlève ; la muqueuse a gardé la même coloration et les petites varices continuent à courir superficiellement sans aucun changement appréciable, elles ne sont ni plus rouges ni plus pâles.

Quelques pointes de feu sont placées au niveau de petits vaisseaux, il ne se produit aucun écoulement de sang et le malade ne perçoit aucune douleur.

Obs. XV. — *Myxomes récidivants des deux fosses nasales. Ablation à l'anse froide après insensibilisation à la stovaïne.*

M. B..., receveur des contributions indirectes, 47 ans, est depuis plusieurs années dans la nécessité de faire débarrasser ses fosses nasales, obstruées par des polypes muqueux.

Le 28 *juin*, insensibilisation des fosses nasales à l'aide d'un tampon d'ouate imbibé d'une solution de stovaïne à 10 pour 100 formant deux centimètres cubes. Après trois minutes dans la fosse nasale *droite*, extirpation à l'anse froide de trois volumineux polypes atteignant la grosseur d'une petite noix. Hémorragie peu importante, pansement à l'eau oxygénée médicinale à 12 volumes.

Dans la fosse nasale *gauche*, ablation de polypes moins volumineux au nombre de deux, mais la sensibilité n'est pas complètement abolie. Pas d'hémorrhagie, pas de maux de tête, pas d'émotion, le patient se lève et ne ressent aucune gêne, malgré la dose forte de stovaïne nécessitée soit environ vingt centigrammes.

Obs. XVI. — *Hypertrophie de l'amygdale linguale. Rhino-pharyngite. Hyperhémie laryngée. Cautérisation ignée.*

Le 20 juillet, Mlle C...., se plaint d'une toux fréquente accompagnée de chatouillements dans la gorge.

L'examen permet de constater au miroir laryngien une hypertrophie très marquée de l'amygdale linguale qui masque en grande partie l'épiglotte.

Anesthésie préalable à la stovaïne avec dix centigrammes pour un centimètre cube d'eau distillée. Avec un tampon, on procède au badigeonnage de la région linguale et périlinguale, après trois minutes l'anesthésie est complète, les pointes de feu sont insensibles. Aucune rétraction des tissus n'est perçue. Après quatre séances l'amygdale linguale est revenue à un volume normal, la sensation de gêne a disparu.

Obs. XVII. — *Cordite végétante. Papillomes interaryténoïdiens. Hypersensibilité. Anesthésie à la stovaïne.*

Le 31 octobre, Mlle C..., 25 ans, se présente à la consultation pour un enrouement datant de 6 mois. L'état général est satisfaisant elle n'a pas d'amaigrissement.

L'examen permet de constater que les bandes ventriculaires sont normales ; la corde vocale droite présente au niveau de son tiers postérieur plusieurs végétations sessiles, étalées occupant le bord libre et les deux faces de la corde ; le tiers antérieur est libre avec légère hyperhémie ; la corde vocale gauche présente exactement le même aspect pendant la phonation ; les papillomes s'entrecroisent ; la voix est couverte, éteinte.

La région interaryténoïdienne se montre occupée par de nombreux papillomes de même aspect mais plus volumineux, la coloration est franchement plus foncée que l'aspect normal de la muqueuse.

Quelques réflexes se produisent à la fin de l'examen.

Le 7 *octobre*, nous revoyons la malade, le laryngoscope montre que les lésions n'ont pas changé.

Anesthésie à la stovaïne. Une solution est préparée instantanément à raison de 10 centigrammes pour un centimètre cube d'eau distillée. A l'aide d'un porte-coton courbe, badigeonnage de la région laryngienne. Après trois minutes, abolition complète de tout réflexe, de tout spasme.

A l'examen qui devient facile et plus soutenu, on constate qu'il ne s'est produit aucune modification des muqueuses ; l'aspect macroscopique n'a pas changé.

Obs. XVIII. — *Otite moyenne aiguë. Perforation spontanée du tympan. Rétention. Mastoïdite. Paracentèse du tympan après stovaïnisation. Guérison.*

Mad. D..., habitant les Lilas, vient me consulter à la clinique, le 1er août, pour une violente douleur d'oreille qui va en augmentant. Le début remonte à huit jours ; un écoulement qui s'est interrompu avait apporté une détente ; mais depuis hier, l'oreille ne coule plus. L'examen montre un tymtan qui bombe fortement, sur lequel il n'est perçu aucun détail anatomique; il est à peine possible de soupçonner une perforation inférieure. La mastoïde est douloureuse, surtout à la pointe, les téguments sont rouges, la pression douloureuse.

Opération. — Une solution tiède de stovaïne, à 10 p. 100, est introduite dans l'oreille et laissée en place cinq minutes. La paracentèse large du tympan est pratiquée en croix ; la patiente accuse une très légère douleur. Pansement consécutif et détersion du flot de pus qui s'écoule. Drainage consécutif immédiat. Après huit jours de traitement, les signes mastoïdiens ont disparu et une suppuration abondante s'établit. La malade guérie complètement, a recouvré l'audition; plus trace de perforation à la date du 20 septembre.

Obs. XIX. — *Otorrhée datant de l'enfance. Volumineux polype. Anesthésie à la stovaïne. Ablation.*

Le 8 septembre, se présente à la consultation un jeune homme de 18 ans qui se plaint de douleur dans l'oreille gauche depuis plusieurs jours. Cette oreille coule depuis l'enfance, mais par intervalles. L'examen montre un volumineux polype qui occupe toute la lumière du conduit ; l'exploration au stylet fait sourdre un peu de pus au niveau du plancher ; — l'extirpation du polype est indispensable.

Le 12 *septembre* (anesthésie) préalable : une solution physiologique contenant 10 pour 100 de stovaïne et de chlorure de sodium est employée — un centimètre cube baigne le conduit qui est incliné — pendant six minutes.— Aucune pâleur de la face, aucune angoisse pré-cordiale n'est constatée. La tête relevée, le malade est assis devant moi. A l'aide d'une anse montée avec un fil de laiton, on saisit la petite tumeur qui est enlevée sans aucune douleur. Pas d'hémorrhagie ; pansement à la gaze stérilisée imbibée légèrement par le suintement.

Le 13 *septembre*, le pansement est levé définitivement — le fond de caisse est rouge — le tympan en totalité est détruit, sauf quelques lambeaux en arrière et en avant.

Parmi les *interventions sur la cavum*, il en est une qui présente sous l'anesthésie à la stovaïne des avantages réels, c'est l'ablation des végétations adénoïdes.

Généralement, les opérateurs interviennent pendant la narcose au bromure d'éthyle, et c'est le procédé de choix que nous avons toujours employé jusqu'ici. Mais pour certains l'anesthésie générale offre des responsabilités et des dangers qu'ils tiennent à écarter, invoquant la brièveté de l'opération et l'insensibilité relative dans cette région.

Le badigeonnage rétro-pharyngien à la cocaïne présente un inconvénient insurmontable : c'est la *rétraction des tissus*, qui fait que l'opération sera incomplète et qu'une bonne partie du tissu adénoïdien échappera à la curette aussi bien qu'à la pince.

Il nous a paru intéressant d'anesthésier la région par un badigeonnage préalable à la stovaïne. Celle-ci, en effet, ne rétracte pas les tissus, comme nous l'avons constaté, et la cure radicale peut s'effectuer comme il convient. D'autre part, l'abolition de la douleur nous a paru répondre à un but désirable et qu'il est bon de poursuivre en toutes circonstances.

Nous avons observé également que l'écoulement sanguin est moins abondant sous l'anesthésie locale à la stovaïne qu'après une intervention faite avec la narcose éthylique. Ce phénomène s'explique par le fait de la congestion des plexus veineux pharyngiens qui ne manque pas de se produire au début de la narcose pendant la période d'excitation et qui se prolonge vraisemblablement au-delà.

Dans l'obs. IV, le curettage du cavum s'est effectué avec une réelle facilité. Grâce à l'absence de rétraction, l'amygdale pharyngée cryptique infectée a pu être détruite entièrement.

Dans les *interventions au niveau des fosses nasales*, nous avons toujours obtenu l'anesthésie à l'aide de tampons imbibés de solution à raison de 10 pour 100 de stvoaïne, ce qui a permis (obs. VII) de réséquer une crête de la cloison sans aucune douleur perçue par le patient, de même pour l'observation VIII comprenant une résection du cornet inférieur droit et l'ablation d'une crête à gauche.

L'extirpation des polypes muqueux s'est faite sans incident, sans troubles généraux (obs. IX).

Dans les cas de rhinite hypertrophique nous avons pu appliquer des raies de feu sur la muqueuse hypertrophiée et rétablir la perméabilité nasale après quelques séances (obs. X).

Dans l'obs. XIV, l'anesthésie à la stovaïne nous a permis de placer des pointes de feu sur de petites varices siégeant sur la cloison et la sous-cloison sans qu'il se produisît d'hémorrhagie.

Dans les *interventions au niveau du pharynx*, nous avons pu pratiquer la discision amygdalienne après anesthésie à la stovaïne sans qu'il se soit produit aucun accident ou incident opératoire. Le badigeonnage a toujours amené l'insensibilisation des tissus sans produire une rétraction capable de masquer les lésions (obs. XIII). Dans l'observation IV, malgré l'appréhension, la discision à la pince, suivie de morcellement, a pu être accomplie intégralement.

Au niveau du laryngo-pharynx, l'amygdale linguale a pu être cautérisée à l'ignipuncture (obs. XVI) et malgré les varices superficielles, l'hypertrophie a cédé sans hémorrhagie immédiate ou secondaire.

Dans les *interventions endolaryngées*, l'anesthésie à la stovaïne nous a permis de faire des examens approfondis du larynx et en particulier dans tous les cas d'hyperesthésie s'accompagnant de réflexes.

Dans l'observation XVII, le badigeonnage du larynx à la stovaïne a bien produit une anesthésie suffisante, mais les papillomes ont gardé le même aspect, le même volume, la même coloration ; il y a là un avantage considérable qui sera apprécié par tous ceux qui ont eu à pratiquer l'ablation de polypes des cordes vocales.

Dans les *interventions sur l'oreille*, l'anesthésie locale pratiquée à la stovaïne a toujours été bien tolérée. Dans un cas d'otite moyenne aiguë suppurée avec perforation insuffisante, j'ai pu pratiquer (obs. XVIII) la paracentèse du tympan sans que le patient ait ressenti de violentes douleurs, comme on l'observe avec la cocaïne, dont l'action anesthésique se fait peu ou pas sentir au niveau des *tissus enflammés*.

Le débridement sous stovaïne de furoncles du conduit m'a permis de constater à plusieurs reprises que la *stovaïne* avait une action dans de pareils cas et ce n'est pas là un avantage à négliger.

L'ablation d'un volumineux polype de l'oreille (obs. XIX) a pu être faite sans douleur, sans hémorrhagie et le curettage du fond de caisse peut se faire facilement.

Il résulte de l'ensemble de ces observations que la *stovaïne* est un anesthésique local d'une puissance considérable, d'une toxicité moindre, qui permet de l'employer à doses plus élevées que la cocaïne, puisque nous avons pu, sans constater aucun malaise, atteindre la dose de vingt centigrammes, ce qui peut s'expliquer par *l'action tonique* qu'elle exerce sur le cœur.

Pour M. Reclus, la stovaïne aurait une action *vaso-dilatatrice* ; nous avons le regret de ne pas partager cette opinion, qui découle logiquement de l'étude des faits que nous avons observés depuis le début de notre expérimentation.

Déjà, le professeur Pouchet (1), qui en avait fait l'étude pharmacodynamique, avait pu dire « que, d'après les expériences de laboratoire, rien ne permet de conclure à une vaso-dilatation vraie et surtout durable » (2).

Pour nous, la *stovaïne* à 10 ou 20 pour 100, en solution dans l'eau distillée simple ou additionnée de chlorure de sodium à 10 pour 100, est *indifférente* aux tissus quand on l'emploie en *application*.

De là résultent des avantages et des inconvénients. Des *avantages*, parce qu'il est souvent utile de pouvoir examiner un organe tel qu'il se présente réellement et non avec le masque de l'ischémie, qui altère la physionomie vraie, et peut donner lieu à des erreurs d'interprétation ou rendre une opération incomplète comme cela se présente avec la cocaïne qui est franchement *vaso-constrictive*.

Des *inconvénients* parce que la rétraction des tissus est quelquefois un appoint précieux pour porter un diagnostic et qui manquera si l'on emploie la stovaïne.

Pour prendre un exemple, il suffira d'examiner une fosse nasale qui présentera une rhinite hypertrophique masquant des polypes muqueux situés en arrière. La stovaïne *indifférente* aux tissus privera l'examen du bénéfice produit par *un jour* plus grand que donnerait la cocaïne.

En résumé, la *stovaïne* est un analgésique local qui abolit la sensibilité et la vitalité des cellules avec lesquelles elle est mise en contact au même titre que la cocaïne ; elle est *moins toxique*, elle est *indifférente* aux tissus tandis que sa devancière est *vaso-contrictive*. C'est un produit synthétique *préparé en France* et, ce qui ne nuit pas, d'un prix de revient moins élevé.

M. Antonelli. — Il faut féliciter doublement M. Dubar de son intéressante communication, car ses recherches lui ont donné des résultats positifs précieux pour les rhino-laryngologistes. En effet, lorsqu'il s'agit d'avoir recours à des badigeonnages sur une surface de muqueuse plus ou moins étendue, plus ou moins vascularisée et absorbant facilement, le degré de toxicité de l'anesthésique local est un point d'importance capitale. Il en est de même pour les injections interstitielles ou intra-cavitaires. En chirurgie générale, en rhino-laryngologie et en odontologie, la stovaïne paraît donc mériter toute notre attention, et je voudrais demander à M. Dubar s'il l'a essayée aussi en injections sous-muqueuses, pour certaines opérations telles que résection du septum, etc.

M. Dubar. — Je n'ai utilisé cet agent qu'en applications, tamponnements et badigeons qui ont toujours été suffisants.

---

(1) Académie de médecine, séances du 5 et du 12 juillet.

(2) M. Reclus dans ses travaux ultérieurs est revenu sur sa première manière de voir en concluant qu'elle était sans action sur les vaisseaux.

M. Antonelli. — En ophtalmologie, la cocaïne employée en instillations, aux doses de 1 à 4 p. 100, est si peu toxique qu'il n'y a pas lieu de chercher à la remplacer par un agent encore moins toxique. Il n'en est pas de même pour l'injection profonde.

En ophtalmologie, la recherche d'un anesthésique local autre que la cocaïne n'est pas d'un très grand intérêt, car vraiment cette dernière suffit amplement à nos besoins. Les collyres à un pour cent sont déjà assez forts pour les toutes petites opérations, comme extraction de corps étrangers superficiels, etc. Les collyres plus forts, jusqu'à quatre pour cent, n'ont aucun inconvénient de toxicité, c'est à peine si l'on peut leur reprocher la syncope chez les sujets pusillanimes ou à troubles vasomoteurs faciles. L'ophtalmologiste a rarement l'indication des *injections* de cocaïne, par exemple pour des opérations sur les paupières, sur les muscles oculaires, etc., lorsqu'il veut éviter les anesthésiques généraux ; même dans ce cas, la solution de cocaïne au centième, injectée avec beaucoup de prudence, ne présente pas de danger. Elle a plutôt l'inconvénient, comme l'aurait du reste toute autre injection, de fausser la topographie des tissus, rendant ainsi moins aisées, moins élégantes, des opérations par leur nature très délicates. Enfin, la cocaïne offre l'avantage — et je ne sais pas si la stovaïne l'aurait aussi — de s'associer parfaitement à l'adrénaline, constituant ainsi un anesthésique et en même temps un décongestif puissant, dont il faut savoir éviter les petits inconvénients et utiliser les très grandes qualités.

M. Godlewski. — Est-il possible avec la stovaïne, étant donnée son action hémostatique, de se dispenser d'y joindre l'adrénaline.

M. Dubar. — Je n'ai pas dit que la stovaïne a une action hémostatique. M. Reclus la donne comme vaso-dilatatrice, mais je n'ai jamais vu cet effet, ce qui tient probablement à ce fait que M. Reclus l'emploie en injections, alors que je n'ai fait que des applications.

M. Combe. – Dans mon service, j'ai vu, après une cinquantaine d'injections de stovaïne qu'elle s'est toujours montrée vaso-dilatatrice et moins anesthésique que la cocaïne. Dans les cas d'application simple sur le nasopharynx il est difficile de juger son action hémostatique, l'hémorrhagie se montrant très différente suivant les cas.

M. Sée. — Je songe à employer la stovaïne en applications pour les interventions sur l'urèthre et je me demande s'il ne serait pas possible de l'associer à l'adrénaline pour obtenir de la vaso-constriction. M. Dubar a fait des solutions simples de stovaïne et d'autres solutions en présence du chlorure de sodium, quel était l'avantage de ces dernières ?

M. Dubar. — Ces solutions salines peuvent être plus concentrées, la stovaïne se montrant plus soluble dans ce cas. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

Séance du jeudi 17 novembre 1904.

Malformation cardiaque diagnostiquée pendant la vie intra-utérine !

MM. Demelin et Coudert. — Il s'agit d'un enfant mort 2 heures après la naissance. A l'autopsie, on trouve une communication intra-articulaire coïncidant avec la transposition des vaisseaux de la base, l'aorte partant du ventricule droit, et l'artère pulmonaire du ventricule gauche. Il y avait, en même temps, d'autres malformations : ectopie du rein droit, développement unicorne de l'utérus, malformation du pavillon de l'oreille. Le diagnostic de la communication intra-articulaire fut fait par M. Demelin, au cours de la grossesse, par la lenteur des battements du cœur qui n'étaient que de 50 par minute.

Le bassin sacro-coxalgique.

MM. Brindeau et Legueu. — Dans un premier degré, le détroit supérieur est seul déformé suivant le sens oblique ovalaire.

Dans un degré plus avancé, la déformation frappe également l'excavation. Dans un 2e degré, il y a luxation du sacrum sur l'os iliaque, de telle sorte que l'aileron sacré fait saillie du côté malade, sur la marge du détroit supérieur. Dans ce cas, l'enfant vivant ne saurait être extrait que par l'opération césarienne.

Modification à l'écarteur Tarnier (présentation de l'instrument).

M. Febris. — C'est l'écarteur de Tarnier dans lequel l'anneau de caoutchouc est remplacé par l'élasticité même des branches, que l'on rapproche au moyen d'une petite tige. Un arc gradué indique le degré de dilatation du col. Cet instrument est ainsi plus facile à stériliser. D'autre part, le caoutchouc est difficile à conserver dans les pays chauds.

De l'utilité de la ponction lombaire pour aider au pronostic de l'éclampsie.

M. Bar.— Cette ponction permit de découvrir l'existence d'une hémorragie du système nerveux, en donnant une issue à un liquide sanguinolent.

M. Maygrier en a observé un cas à la Charité, où la portion lombaire a donné du liquide sanguinolent. D'ailleurs la femme a guéri.

M. Budin se demande si on ne peut pas trouver du sang dans le liquide céphalo-rachidien, sans qu'il y ait de véritable hémorragie des centres nerveux.

M. Bar croit que le liquide est absolument transparent, clair, quand il n'y a pas d'hémorragie.

Sur un cas de sarcome du sein pendant la grossesse.

M. Macé.— Il s'agit d'une très volumineuse tumeur du sang dont le volume a doublé pendant la grossesse.

Sur un cas de vitiligo syphilitique très étendu.

M. Macé.— Toute la poitrine de cette femme enceinte est couverte par la lésion.

Sur un cas de môle tubaire.

MM. Macé et Durante.— Il s'agit d'une grossesse tubaire de 6 semaines, opérée, dans laquelle on pouvait voir les lésions caractéristique de la môle. Cyrille Jeannin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 14 novembre 1904.

Meurtre ou homicide par imprudence.

M. Didier (de Rouen) apporte les détails d'une expertise dont il fut chargé pour vérifier les allégations d'un individu qui disait avoir tué sa femme, par imprudence, d'un coup de feu : l'auteur et unique témoin de l'accident racontait que, nettoyant un fusil de chasse tout à côté de sa femme assise à un ouvrage de couture, et tenant l'arme la crosse entre les jambes, le canon oblique en l'air, une cartouche oubliée avait fait feu à bout portant dans l'orbite. Les constatations de l'autopsie, le trajet présumé des projectiles dans le crâne, en admettant que ceux-ci n'avaient subi aucune déviation, ne concordaient pas avec les affirmations du témoin relatives aux positions respectives de la victime et du fusil, mais tendaient au contraire à faire supposer que le coup de feu avait été tiré horizontalement. Devant cette grave alternative, des expériences furent instituées avec la collaboration de M. Gastine Renette ; le drame fut même reconstitué sur un cadavre dans toutes ses conditions et circonstances. Or les résultats de l'autopsie du cadavre fusillé furent à peu de chose près identiques à ceux de l'autopsie de la victime. L'auteur de l'accident fut, de ce fait, acquitté du chef d'assassinat.

De leurs expériences, les experts tirèrent les conclusions suivantes : Pour une cartouche fortement chargée avec des chevrotines, l'orifice de pénétration dans le crâne est unique, comme fait à l'emporte-pièce jusqu'à une distance maxima de soixante-cinq centimètres ; les projectiles restant en effet agglomérés, le coup fait balle. Au-delà de soixante-cinq centimètres, les projectiles pénètrent isolément. — Un coup de feu tiré à bout portant avec grains de plomb pénétrant dans l'orbite détermine l'éclatement du crâne, sans issue des projectiles au dehors, ceux-ci restant agglomérés divergent dans le crâne suivant un trajet conique. Ils peuvent subir

une déviation, et cette déviation ne se produit pas en divergeant, mais bien en faisceau, comme le ferait un cône lumineux au contact d'un prisme. L'angle de déviation peut atteindre 30 à 35°.

Sur un cas de submersion.

M. Dufour (de Marseille). — Il est souvent difficile, dans les cas d'immersion, de poser le diagnostic de mort par asphyxie, quand cette immersion ayant été prolongée, les signes pulmonaires sont profondément modifiés par la putréfaction. Ces difficultés sont tout aussi grandes dans certains cas où l'immersion a été relativement courte, même dans l'eau de mer. Le cas particulier concerne un sous-officier dont le cadavre fut retiré de la mer huit jours après sa disparition ; cet homme portait à la tempe les traces d'une blessure par coup de revolver tiré à plus de cinquante centimètres, mais dont la gravité paraissait insuffisante pour avoir déterminé la mort. Y avait-il crime ou suicide ?

L'immersion avait-elle été faite pendant la vie ou après la mort ? C'est ce que l'autopsie fut impuissante à trancher d'une façon certaine en raison de l'état de putréfaction du cadavre : les poumons étaient affaissés, rapetissés, baignant dans un liquide sanguinolent. Par contre on constatait la présence d'un sable fin, vaseux et noir dans les ramifications bronchiques ; c'était là le seul signe de présomption en faveur de la submersion pendant la vie, en laissant supposer que des mouvements d'Inspiration avaient été faits sous l'eau.

L'auteur conclut que, contrairement aux indications dressées par Devergie, les signes de putréfaction peuvent survenir dans l'eau beaucoup plus vite que ne le dit son tableau. Dr F. Tissot.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Utilisation comparée des hydrates de carbone et des graisses chez les tuberculeux.

M. René Laufer. — Les hydrates de carbone exercent, comme les graisses, dans l'organisme, une action de rétention et d'épargne sur les matières albuminoïdes. Pour comparer, à ce point de vue, l'utilisation des graisses et des hydrates de carbone, l'auteur a donné à une catégorie de tuberculeux successivement du sucre et des graisses (beurre, huile de foie de morue, huile alimentaire) en quantités égales, et à une seconde catégorie successivement du sucre et des graisses en quantités isodynamiques (94 gr. de sucre, puis 41 gr. de graisse). Les malades étaient soumis, pendant toute la durée de l'expérience, au régime lacté exclusif (3 litres de lait) Or, l'élimination totale de l'azote est constamment plus forte avec les graisses qu'avec le sucre, surtout lorsqu'on administre le sucre et les graisses en quantités isodynamiques, mais la différence est déjà très nette lorsqu'on donne ces deux aliments en quantités égales. La valeur alimentaire d'une substance n'est donc pas parallèle à sa valeur calorifique. Mais les hydrates de carbone déterminent en outre une rétention des matières grasses, et les graisses peuvent aussi, à un certain degré, se déposer en nature dans les tissus. C'est pourquoi l'auteur a étudié, au point de vue des poids des malades, l'influence comparée des graisses et du sucre à doses égales et à doses isodynamiques. Dans les deux cas, le poids s'abaisse constamment avec les graisses. D'ailleurs, en comparant en bloc les courbes de poids de malades recevant, avec leurs aliments, des graisses et d'autres recevant en supplément des hydrates de carbone (sucre ou féculents), ce sont ces derniers qui, toutes choses égales d'ailleurs, voient leur poids augmenter davantage ainsi que leurs forces vérifiées au dynamomètre.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT.

Séance du 28 octobre 1904.

Le président ouvre la séance en annonçant la fondation définitive d'une bourse de 250 francs due à la générosité de Châtel-Guyon et destinée à permettre à un interne une tournée annuelle dans les stations thermales.

M. Briset montre un saturnin qui a présenté des crises paroxystiques de tuméfaction parotidienne et thyroïdienne, coïncidant d'une façon très nette avec les crises abdominales.

M. Monnier présente une jeune fille de 16 ans qui, à la suite d'une ostéo-arthrite bacillaire du coude gauche, pour laquelle il avait fait l'arthrectomie en 1899, eut une ankylose du coude, ankylose absolue, presque en position rectiligne. En mars dernier il fit la résection sous-périostée du coude. Dès le 45e jour elle pouvait se peigner ; depuis 2 mois elle a repris entièrement sa profession de couturière. Tous les mouvements sont possibles sans déplacements latéraux. En résumé, avec une méthode simple, on a obtenu un résultat absolument parfait.

M. Marcel Baudouin fait connaître à la Société une nouvelle variété de monstres doubles, les hypogastropages, ou monstres réunis par l'hypogastre. Cette variété fut déjà signalée par Depaul, mais l'intérêt de la communication actuelle, c'est que ces monstres sont opérables, car leur pédicule d'union ne comporte jamais d'organes importants, et il n'y a jamais chez eux d'inversion des viscères.

M. Estrabault présente un gros calcul de la vessie. Les évaluations approximatives de l'auteur lui font supposer que ce calcul datait de 17 ans. La femme opérée en a 24.

A la suite d'une poussée fébrile accompagnant une pyurie intense, la malade est radiographiée, le diagnostic de lithiase confirmé.

L'acte opératoire a consisté en : taille sus-pubienne, fixation difficile de la vessie étant donné l'épaississement de ses parois, ouverture, recherche du calcul enclavé vers la base droite dans un diverticule ; suture, guérison après quelques jours.

M Paul-Emile Lévy regrette que la psychothérapie ne soit pas mieux connue. Son champ d'application thérapeutique est des plus vastes : car à la psychothérapie relevant du spécialiste et traitant des névroses complexes comme l'agoraphobie, s'oppose la psychothérapie courante celle qui permet la « rééducation » des muscles dans le rhumatisme, la sciatique par exemple.

C'est le contrôle de soi par le malade, l'auto-suggestion aidant l'hétéro-suggestion du médecin. Ce n'est plus un être passif, le malade concourt à sa cure, c'est la psychothérapie par la raison. Il ne s'agit du reste pas là d'une méthode thérapeutique exclusive, mais d'une méthode surajoutée aux autres.

M. Rosenthal rapproche sa méthode de rééducation respiratoire de la rééducation psychique de Lévy. Il rapporte le cas d'un malade atteint de broncho-pneumonie lobaire de la base droite traité pour les moyens habituels en usage dans le service du Prof. Hayem, mais en plus il l'a fait respirer. Rentré avec 500 gr. d'urine. il en avait 1.500 le lendemain, 2.000, 5 jours après. L'orateur cite des chiffres d'une probance définitive, et insiste à nouveau sur la possibilité d'employer sa méthode en pleine période fébrile.

M. de Fleury expose en une éloquente et charmante conférence les états d'âme neurasthéniques. L'auteur s'excuse de connaître à fond la question. « J'ai été moi-même neurasthénique. Je suis descendu au bas du gouffre et bien des malades sont maintenant un peu mes frères ». D'autre part, des observations multiples prises avec le minimum de chances d'erreurs lui ont fourni des documents précis. M. de Fleury, parcourant la littérature nerveuse, s'arrête au livre de M. Dubois de Bènes. « Pourquoi l'auteur fait-il usage du terme « nervosisme » ? c'est revenir à l'ancien chaos. Il y a au moins deux choses différentes dans ce vocable : l hystérie, la neurasthénie. Il y a aussi leurs nombreux échanges. »

Dès lors l'orateur semble s'écarter de son sujet : « Etats mentaux de la neurasthénie. » Mais s'il prend des exemples éloignés à première vue, les états gastriques, par exemple, c'est pour montrer dans une conclusion habile le retentissement des états pathologiques des organes les plus divers de l'organisme sur un cerveau en minoris resistentiæ. « C'est par une infinité de voies qu'on arrive à la neurasthénie. »

Le gastrique, le rhumatisant, le génital y ont des titres. Dès lors, le cerveau lui-même, fatigué, cesse d'envoyer, dans l'organisme, la quantité nécessaire de « stimulus nerveux », à défaut de terme plus précis, un cercle vicieux se

crée. Pour l'hystérie, rien de pareil. L'unité causale est parfaite. « Née de l idée, dit Babinski, elle guérit par elle ».

L'auteur cite trois exemples captivants. Le premier, celui d'une neurasthénie évoluant vers l'hystérie et dans laquelle l'examen du pouls, la numération des globules, les courbes du poids, changent du jour au lendemain.

L'autre, celui d'une neurasthénie guérie à la suite de satisfactions intellectuelles. La dernière enfin, antithèse de la précédente. où les évènements heureux accentuent encore la dépression morale du sujet.

Par l'analyse patiente des grands symptômes neurasthéniques, l'auteur a pu acquérir la conviction de la réalité des souffrances neurasthéniques. L'asthénie est réelle ; la tension artérielle est basse, l'hypoglobulie intense ; les échanges respiratoires diminués ; la voix voilée ; les glandes ne secrètent plus.

« Il y a un relâchement général de tout l'organisme. C'est pourquoi le traitement donne de si beaux résultats.

« Traitant la cause on traite l'effet ». Par exemple, « l'injection prudente de sérum amène la contraction musculaire, la concentration sanguine, la réduction de l'oxyhémoglobine se fait plus vite ».

« En somme le tonus tâche de réagir, c'est un réflexe dû au bain d'irritation d'impression dans lequel nous sommes sans cesse plongés. Le neurasthénique est un déprimé. Le cerveau ne reçoit de l'extérieur que des impressions décevantes, c'est dans ces conditions qu'il devient mélancolique, qu'il se persuade de son impuissance et de sa fatigue ».

M. Le Fur rappelle le cas d'un malade qui, après avoir présenté une furonculose généralisée, se traita avec la staphylase. L'éruption disparut, faisant place à un état fébrile, pyurie, prostate douloureuse. Une cystite s'était développée. L'auteur se demande si la résorption des toxines avait pu, par métastase, aller se fixer au niveau de la vessie.

VIIe CONGRÈS DE MÉDECINE

(Suite)

L'Hermophényl.

M. Vigne (de Lyon), prenant en considération la tendance manifestée en syphiligraphie depuis le Congrès de Toulouse en 1902, insiste sur la nécessité de recourir d'emblée, dans tous les cas et dans les accidents graves ou rebelles plus particulièrement, à la mercurialisation intensive progressive, dont la limite est la tolérance même du sujet. Or, si cette tolérance diffère sensiblement, en effet, de malade à malade, elle diffère bien davantage encore par la nature du sel injecté. L'activité thérapeutique restant, ainsi que le signale Leredde, proportionnée à la quantité de Hg introduite dans l'unité de temps, — la toxicité est loin de s'établir sur le même principe, pour les composés organo-métalliques notamment. Chez ceux-ci intervient un facteur nouveau, capital dans la tolérance normale.

Ce facteur essentiel est le radical auquel, dans la composition chimique du corps, s'unit la molécule mercurielle, et qui doit, pour permettre l'introduction d'une dose élevée de mercure dans l'organisme, dans l'unité de temps, ne pas posséder une toxicité propre égale ou supérieure à celle de Hg, et qui soit un obstacle nouveau à l'élévation progressive des doses.

A cet égard, l'hermophényl paraît montrer sur tous les composés connus jusqu'à ce jour une supériorité considérable et de nature à lui assigner le premier rang parmi les antisyphilitiques énergiques. Il résulte des recherches du Dr Vigne et d'une enquête ouverte par cet auteur, chez divers praticiens ayant acquis de ce sel une expérience probante, que la tolérance habituelle s'étend à des doses insoupçonnées jusqu'alors.

Rien n'est plus édifiant à ce sujet que la pratique minutieusement détaillée du Dr Bernay, qui a pu, dans plus de mille injections, donner des doses d'hermophényl croissant de 15 à 50 centigrammes, sans observer un seul accident, soit dans l'état général, soit du côté de la bouche ou des reins, et qui n'a pas enregistré un échec notoire, même dans des cas particulièrement rebelles. (Les recherches de Roger-Boiteux, dans le service du Dr Hallopeau, ont établi depuis longtemps que ce sel ne se contente pas de traverser l'organisme, mais qu'il y abandonne réellement son principe actif.) Ces chiffres qui représentent une quantité de mercure métallique (40 %), impossible à atteindre impunément avec tout autre sel, sont évidemment de nature à reporter sur ce composé hydrargyrique toute l'attention des praticiens, et ouvrent peut-être une ère nouvelle pour le traitement d'accidents jusque-là réputés incurables. Ils démontrent en tous cas clairement la cause véritable des rares insuccès, par l'insuffisance notoire de la posologie employée jusqu'alors, posologie pour laquelle, laissant de côté les doses trop faibles utilisées actuellement de 2 à 3 centigrammes par jour, l'on doit se reporter aux chiffres usuels indiqués par le Dr Vigne, savoir :

Débuter dans tous les cas à 5 centigrammes, pour l'élever rapidement à 6, 8, 12 centigrammes et même au-delà, selon la tolérance du sujet et la gravité des cas, en injections quotidiennes de 3 à 4 centimètres cubes pendant une période de 10 à 15 jours.

Surdité et consanguinité.

M. Marcel Natier (Paris).— Le mariage entre consanguins a été invoqué comme une des causes possibles de la surdité chez les enfants issus de telles unions. On a, en effet, prétendu qu'en pareilles circonstances il y avait transmission des qualités ou des vices des ascendants. La preuve certaine est loin d'être établie ; aussi est-on autorisé à verser aux débats tous les faits susceptibles d'éclairer la question. Deux cas se sont, cette année, présentés à mon observation qui, en conséquence, méritent d'être signalés.

Il s'agit de sœurs, respectivement âgées de 28 et de 26 ans, dont les parents, appartenant à une classe très aisée, sont cousins au second degré. Leur grand-père maternel est devenu sourd à 70 ans et l'est demeuré jusqu'à sa mort survenue dix années plus tard. Un oncle du même côté, âgé de 45 ans, est sourd ; enfin le père l'est également depuis plusieurs années. La mère a eu dix enfants : deux sont morts de méningite à deux et trois ans ; trois n'ont pas vécu ; une sœur a succombé à la tuberculose à l'âge de 26 ans et deux autres sont nos patientes, elles-mêmes atteintes de surdité. Leurs antécédents personnels sont passablement chargés, surtout ceux de l'aînée, qui, mariée depuis huit ans, a eu six enfants dont trois seulement ont survécu. Elles n'ont jamais présenté d'affection de l'organe auditif proprement dit. La surdité a débuté chez l'une il y a six ans, et chez l'autre deux ans plus tard. Elle est bilatérale, n'a cessé de s'aggraver et est accompagnée de bourdonnements. Les traitements tentés jusque-là n'ont été suivis d'aucun résultat favorable. Pas d'altération apparente du côté des oreilles.

Ces deux cas tendent à prouver qu'il est plus prudent de s'abstenir de mariages entre consanguins. Ils confirment, en outre, l'influence fâcheuse de l'hérédité et des mauvaises conditions générales sur la surdité. Les diapasons offrent des avantages réels dans le traitement de cette affection. Leur usage permet d'abord de procéder à une exploration exacte et minutieuse de l'ouïe. Ensuite ils constituent le meilleur moyen de rééducation des sourds par les exercices acoustiques méthodiques. On peut continuer à s'en servir aussi longtemps que l'amélioration progresse, on cesserait dans le cas contraire. Les résultats sont à peu près régulièrement favorables ; ils sont parfois fort longs à obtenir. Les rechutes sont toujours possibles. Elles surviennent surtout dans les cas de surdités anciennes et alors que l'amélioration n'était pas très marquée au moment de la suspension du traitement. Ces exercices réussissent souvent là où d'autres méthodes ont échoué, même dans certains cas considérés comme incurables et abandonnés comme tels. Ils ne nécessitent

nulle intervention opératoire et ne déterminent aucune douleur. Ils sont destinés à restreindre de plus en plus le nombre des sourds. Ceux-ci, maintenant informés, devront y recourir plus tôt. Avant toutes choses, il ne faudra jamais négliger l'état général.

Opothérapie cutanée par les extraits dermiques.

M. FAIVRE (de Poitiers-Luchon). — Depuis un an environ, l'auteur a eu l'idée (physiologiquement suggérée par son collègue M. le Professeur Delaunay) d'administrer à un certain nombre de malades des extraits dermiques, soit sous la forme de granules ou de solution à prendre *ab ore*, soit en ampoules injectables. Le porc et la grenouille ont été mis à contribution par le laboratoire.

Des observations types rapportées pour chaque catégorie de cas traités, il résulte que l'expérience a montré l'utilité de ce mode de traitement dans les toxidermies bulleuses du genre pemphigus, dans certaines dermatites herpétiformes à poussées prurigineuses, sur les brûlures et les ulcères variqueux, dans les séborrhéides eczématisées et surtout lichénifiées. L'application à l'épithéliomatose cutanée prouverait même de ce fait une possibilité de greffe assez active pour favoriser le processus cicatriciel.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

(Suite.)

Mon procédé de la lithotritie extra-rapide à l'aide de mon nouveau lithotriteur.

M. P. HAMONIC (de Paris) s'est efforcé de donner à l'opération de la lithotritie un minimum de durée en imaginant un nouveau brise-pierre qui est un instrument de grande puissance. Cet appareil est en même temps sans danger, car il est impossible avec lui de pincer la vessie ou la prostate dans les diverses manœuvres qu'il exécute. En dernière analyse, le brise-pierre de M. le Dr Hamonic peut être assimilé, au point de vue de la puissance d'action, à un davier. Si avec un tel instrument tenu à pleine main, on saisit un calcul, on le broiera avec la plus grande facilité, quelle que soit sa densité. (Suivent la description détaillée de l'instrument et les détails de son application.)

Grâce à la puissance de son instrument et à la certitude de ne pouvoir blesser la vessie, M. le Dr Hamonic exécute la lithotritie en quelques tours de main et avec une extrême rapidité. Il débarasse ensuite le réservoir du sable calculeux à l'aide de l'aspiration.

M. Paul GUILLON (de Paris) craint qu'on puisse appliquer à l'instrument de M. Hamonic les justes critiques adressées aux brise-pierre à levier dont se sont exclusivement servis pendant 50 ans son grand-père et son père, et qu'ils avaient inventés. Ce sont des instruments trop puissants et qui peuvent être dangereux entre des mains peu expérimentées. Il n'en est pas de même de l'évacuateur du brise-pierre de Guillon, précieux pour éviter l'encrassement des mors dans la lithotritie des calculs mous.

MM. O. PASTEAU (de Paris) et DURIEUX (d'Alger). — *Les calculs diverticulaires de la vessie.*

M. GENOUVILLE (de Paris). — *Observation de fistules urinaires prévésicales guéries par la cystotomie.*

M. ALBARRAN (de Paris). — *Observations de prolapsus intravésical de l'uretère.*

Les dilatations intra-vésicales de l'extrémité inférieure de l'uretère

M. PASTEAU (de Paris). — Les dilatations intra-vésicales de l'extrémité inférieure de l'uretère sont des lésions rares qu'il est important néanmoins de connaître, à cause surtout des complications rénales dont elles peuvent s'accompagner. Il importe en particulier de ne pas les confondre avec le prolapsus intra-vésical de l'uretère.

L'opération consiste dans la taille sus-pubienne suivie une fois d'incision large de la poche et 3 fois de son excision complète suivie de la suture de la muqueuse urétérale à la muqueuse vésicale au pourtour du nouvel abouchement de l'uretère dans la vessie.

M. L. CASPER (de Berlin) croit que le prolapsus de l'uretère est un état anormal, mais pas une maladie. Il faut seulement intervenir, si d'autres circonstances le demandent.

M. CATHELIN. — *Observation d'un gros abcès lombaire d'origine pottique ouvert dans la vessie et pris pour une pyonéphose. Division des urines. Opération. Guérison.*

Procédé très simple pour obtenir dans quelques cas la séparation de l'urine des deux reins.

M. NICOLICH. — Le malade est placé comme pour l'examen cystoscopique. Après un grand lavage de la vessie, on introduit une petite sonde n° 6 qu'on doit mettre au point; on pratique alors avec un massage lombo-abdominal une légère pression sur un rein et son uretère; en même temps on fait comprimer par un aide l'uretère de l'autre côté dans la région iliaque. On recueille pendant quelques minutes l'urine qui coule de la sonde, l'on répète le même procédé de l'autre côté après avoir lavé la vessie; ce lavage n'est pas nécessaire si l'urine obtenue du premier rein est limpide. Si l'on obtient des urines différentes, on pourra donner une valeur au procédé; si au contraire il y a une petite ou aucune différence, le procédé n'a pas de valeur, mais non plus de dommage.

Sur douze cas, j'ai obtenu neuf résultats positifs contrôlés par la néphrectomie ou par le cathétérisme des uretères.

M. CATHELIN rappelle que, si cette méthode doit prendre — ce qu'il ne croit pas, — il faut lui donner le nom de ceux qui l'ont découverte : Giordano en 1878 et Doyen en 1886.

M. NICOLICH. — Je n'ai pas la prétention de croire d'avoir été le premier à trouver cette méthode, mais ce que je peux affirmer, c'est que personne n'a contrôlé les résultats obtenus par le cathétérisme de l'uretère ou la néphrectomie.

De l'excrétion des reins malades étudiée avec le diviseur des urines.

MM. LEGUEU et CATHELIN concluent : 1° que les rapports établis entre les différentes données de l'examen chimique des urines de *reins sains* physiologiques ne s'appliquent en aucune façon aux reins malades et que les différences dans ce dernier cas sont toujours plus grossières, ce qui permet d'employer des méthodes d'exploration sinon plus absolues, tout au moins plus pratiques et plus simples; 2° que l'on doit absolument distinguer au point de vue du bon fonctionnement du rein la sécrétion et l'excrétion, celui-ci pouvant très bien être capable de sécréter, sans pouvoir excreter, par suite d'une congestion temporaire, ou par trouble mécanique de la voie pyélo-urétérale; 3° qu'un rein peut rester très longtemps sans donner d'urine sans qu'il y ait obstacle dans les canaux d'excrétion; or le fait de rester une demi-heure au plus sans donner d'urine est une preuve que le rein *est malade* sans que pour cela il relève de la chirurgie, tout rein normal donnant toujours d'une façon régulière. Ils ont étudié successivement des cas de reins cancéreux tuberculeux, néostomiés ou simplement mobiles.

M. CATHELIN cite *un cas curieux de division des urines suivie d'opération chez une malade hématurique.*

M. LUYS insiste sur ce fait que, si dans une application du séparateur on a de l'urine d'un côté et rien dans l'autre côté, il faut soulever le rein qui ne donne rien, vers le diaphragme, et l'on voit aussitôt du côté correspondant du liquide venir en abondance. Il a eu de cette manière des résultats typiques dans le cas d'hydronéphrose intermittente et de rétention rénale. En tous cas, il est une conclusion pratique à dégager, c'est celle-ci : quand on fait la séparation, il arrive quelquefois qu'il n'y a rien du côté correspondant. Pourquoi ? parce que l'appareil est obturé : non, c'est que le rein fonctionne par intermittences. Nos observations, et quelques-unes sont très probantes, le prouvent amplement. La différence entre la division et le cathétérisme s'explique en ce que la séparation prend les urines que l'uretère lui apporte, et le cathétérisme va les chercher.

Nouveau cystoscope pour le cathétérisme simple ou double des uretères.

M. A. Freudenberg (de Berlin). — Ce nouveau cystoscope offre deux nouveaux principes. L'un est que la lampe est placée, du côté postérieur, correspondant à la convexité du bec de la tige de l'instrument. Par cela, on peut mieux s'approcher des orifices urétéraux, et il ne faut pas tourner l'instrument pour introduire les sondes, ni le retourner pour sortir l'instrument. Cela facilite beaucoup de laisser à demeure les sondes urétérales.

Le deuxième nouveau principe, qui facilite encore plus de laisser à demeure les sondes, c'est que, non seulement l'appareil optique peut être retiré, — ce qui rend possible de faire des lavages abondants de la vessie, — mais aussi la cloison entre l'appareil optique et l'espace pour les sondes urétérales. Après avoir retiré l'appareil optique et la cloison, tout l'intérieur de l'instrument forme un seul canal ovalaire très grand, dans lequel se trouvent placées tout librement les sondes urétérales, sur lesquelles on peut maintenant retirer l'instrument sans difficulté. L'instrument sert également pour le cathétérisme simple d'un uretère ou le cathétérisme double des deux uretères. Il peut être employé aussi comme cystoscope à irrigations et il sera peut-être même possible de s'en servir pour des opérations intra-vésicales, en introduisant, au lieu de la cloison, des appareils spéciaux.

M. Lasio (de Milan). — *Sur la régénération de la muqueuse vésicale en relation avec le traitement de la cystite chronique.*

4e séance. — 22 oct. soir.

M. Alf. Pousson donne les *Résultats immédiats et éloignés des interventions dans la tuberculose rénale.*

Sur la tuberculose rénale.

M. L. Casper (de Berlin). — La tuberculose rénale est descendante et commence presque toujours d'un *seul* côté. La présence seule du bacille de Koch fournit une base sûre au diagnostic, ou en cas où l'on ne trouve pas l'inoculation des 2 cobayes. L'infection tuberculeuse par les reins sains n'existe que dans des cas de phtisie ou néphrite avancée. Quant à la thérapie, les néphrophtisiques non opérés sont voués à un fatal avenir. Nous proposerions de conseiller l'opération aussitôt qu'une suppuration d'origine rénale aurait été constatée. L'état du 2e rein doit légitimer la néphrectomie.

D'un mode d'infection de l'autre rein dans la tuberculose rénale

MM. Albarran et Cathelin. — Les auteurs pensent qu'au point de vue de la pathologie générale l'idée de désinfection primitive d'un seul rein dans la tuberculose rénale étant bien établie, — l'infection de l'autre rein se fait le plus souvent quand il n'y a pas cystite, par voie sanguine, mais non uniquement par la voie descendante générale. L'infection paraît se faire, au moins dans certains cas et, comme M. Escat l'avait pressenti déjà, par l'intermédiaire d'un canal, le canal veineux réno-capsulo-diaphragmatique décrit par ces auteurs à propos de leur étude sur les capsules surrénales. Ce canal, existant à gauche chez l'homme, s'anastomose en effet avec les veines diaphragmatiques inférieures qui elles-mêmes communiquent avec l'arc exorénal de Testut du côté droit.

M. Rafin a pratiqué depuis trois ans vingt néphrectomies pour tuberculose rénale avec trois décès. Dans deux décès, l'opération a été faite malgré les résultats douteux de la séparation ; dans le troisième, ni la séparation ni le cathétérisme urétéral n'avaient pu être pratiqués en raison de la très minime capacité vésicale.

Le rein laissé était entièrement détruit par la tuberculose. Les dix-sept malades qui ont supporté l'opération avec succès, sont tous actuellement vivants et ont retiré de l'intervention un bénéfice très sérieux.

M. F. Legueu (de Paris). — Je veux ajouter ma statistique personnelle à celle que mon ami M. Casper a publiée. J'ai pratiqué une vingtaine de néphrectomies pour tuberculose, je ne me rappelle pas exactement le nombre. Mais je suis sûr de n'avoir perdu qu'une malade, celle-ci d'ailleurs est morte d'une complication qui n'a rien à voir avec la tuberculose. Et je considère la néphrectomie pour tuberculose comme une des opérations les plus bénignes de la chirurgie urinaire.

Quant à ce qu'a dit M. Rafin tout à l'heure, j'ai souvent eu l'occasion de faire par le toucher vaginal seul le diagnostic de la lésion rénale chez des malades qui avaient des symptômes vésicaux. Mais ce n'est pas du tout un réflexe ; on trouve d'un côté l'uretère gros et douloureux. Quand cette sensation est unilatérale, elle permet de dire que de ce côté le rein est pris. Chez trois malades que j'ai récemment néphrectomisées, j'ai fait par le toucher vaginal le diagnostic et je n'ai eu ultérieurement qu'à demander à la séparation de confirmer le diagnostic et de me donner la valeur fonctionnelle du rein opposé.

Du diagnostic de la tuberculose rénale.

M. Alf. Pousson. — La constatation dans les urines du bacille de Koch ou les inoculations positives aux animaux des urines suspectes sont les seuls moyens que nous ayons d'affirmer l'existence de la tuberculose rénale. Le dernier de ces moyens, demandant un laps de temps de quelques semaines, ne saurait s'appliquer aux cas où la reconnaissance de la maladie ne souffre aucun délai : c'est alors que le premier a une valeur capitale, mais non absolue.

M. Le Fur. — *Néphrectomie dans un cas de pyonéphrose gonococcique.*

Sur le traitement des blessures de la veine cave inférieure au cours des néphrectomies

M. Héresco (de Bucarest). — Des deux méthodes, suture et ligature de la veine cave inférieure, blessée au cours d'une néphrectomie, la dernière convient mieux, lorsqu'il s'agit d'un néoplasme rénal avec des ganglions secondaires. Le cas qu'il rapporte vient à l'appui de cette thèse, quoiqu'il n'ait fait la ligature, à cause de l'adhérence trop forte du ganglion à la veine cave et à l'aorte. Il a fait la suture de la veine et le malade est mort brusquement 18 heures après. L'autopsie a montré qu'un ganglion avait ulcéré la veine cave, avait pénétré dans son canal, avait provoqué une thrombose, et la mort est survenue brusquement par embolie. La suture de la veine avait très bien tenu. L'enlèvement total de la veine et des ganglions, s'il avait été possible, aurait certainement évité l'embolie de se produire.

Sur quelques nouveaux symptômes de la pyélite et de la pyélo-néphrite.

M. Bazy (de Paris). — Aux symptômes qui doivent être ajoutés aux signes classiques des pyélites et des pyélo-néphrites, c'est-à-dire la douleur para-ombilicale ou urétérale supérieure, avec ou sans irradiation vers la vessie de l'uretère ; 2° la douleur urétérale inférieure quelquefois le réflexe urétéro-vésical (facile à constater chez la femme par le toucher vaginal, point susprostatique chez l'homme). A ces symptômes d'autres sur lesquels je n'insiste pas, l'apparition d'un réflexe vésico-rénal consistant dans une douleur du rein quand le malade a envie d'uriner et le point sus-pubien, c'est-à-dire une douleur à la pression siégeant à 2 travers de doigt de la ligne médiane au-dessus de la branche horizontale du pubis. Il s'accompagne quelquefois d'irradiation vers l'uretère. Enfin à la pollakiurie nocturne, qui est un symptôme de premier ordre de pyélite et de pyélo-néphrite, j'ajouterai l'incontinence nocturne d'urine qui se montre chez quelques sujets adultes ou adolescents.

M. Nicolich (de Trieste). — *Abcès rénal dû à la présence d'un fragment d'os.*

M. Rafin. — *Le cathétérisme urétéral thérapeutique.*

Valeur des formules cryoscopiques de Claude et Balthazard en chirurgie urinaire.

M. Albarran. — Chez 20 malades atteints de différentes affections chirurgicales des veines, nous avons contrôlé les résultats de la méthode de Claude et Balthazar par différents procédés d'exploration rénale (éliminations de substances co-

lorantes, phloridzine, analyse chimique, cryoscopie du sang). Dix fois nous avons trouvé qu'il y avait concordance entre ces formules, les autres procédés et l'état des reins. Cinq fois les autres procédés montrant un bon fonctionnement, nous avons trouvé $\frac{\Delta V}{P}$ et $\frac{\delta V}{P}$ trop faibles avec $\frac{\Delta}{\delta}$ bon ; c'est-à-dire que les formules montraient qu'il n'y avait pas d'insuffisance rénale. Chez 5 autres malades dont les reins fonctionnaient bien, nous avons trouvé des formules indiquant l'insuffisance rénale très accentuée ; dans ces cas $\frac{\Delta V}{P}$ et $\frac{\delta V}{P}$ étaient trop faibles tandis que $\frac{\Delta}{\delta}$ était beaucoup trop élevé. En outre chez un malade, nous avons trouvé de fortes variations dans les formules à un jour et 8 jours d'intervalle, sans qu'en réalité la fonction rénale fût sensiblement modifiée.

Nous ne croyons pas qu'il faille accorder une trop grande confiance aux formules cryoscopiques dans les affections chirurgicales des reins. Nous ne connaissons d'ailleurs aucun procédé capable de nous renseigner avec exactitude sur la valeur fonctionnelle des reins et nous attachons surtout de l'importance aux résultats concordants obtenus par différentes méthodes.

M. Paul Delbet. — *Deux cas de cancer du rein.*

M. Cathelin. — *Cancer du rein gauche. Division des urines. Néphrectomie. Guérison.*

M. Nicolich (de Trieste). — *Néphrite hématurique bilatérale. Décapsulation et fixation d'un seul rein. Guérison.*

La décapsulation dans les néphrites médicales.

M. Pasteau (de Paris). — Il semble bien que dans certains cas de néphrite, qu'il s'agisse de néphrite parenchymateuse ou de néphrite chez des cardiorénaux, l'intervention chirurgicale est capable de sauver la vie des malades et de prolonger leur existence et d'améliorer leur état dans de notables proportions. Mais il faudrait choisir ses cas, ne pas attendre que les malades soient arrivés dans un état complet de déchéance organique ; il faut opérer quand les moyens médicaux restent sans effet, et que l'oligurie persiste, que l'albuminurie ou l'hématurie est abondante. On peut opérer encore chez les cardio-rénaux : car leur état n'est que l'aboutissant possible d'affections différentes, mais chez eux, il est bon de n'intervenir que lorsque le malade est surtout un rénal avec des phrases de non-compensation.

M. Escat (de Marseille). — Je n'ai pas d'expérience sur la décapsulation du rein, mais il m'est arrivé une fois de décapsuler sans le vouloir le rein d'un anurique calculeux ; il s'agissait d'un homme de 40 ans, atteint de pyélonéphrite calculeuse gauche depuis 25 ans ; je fus appelé auprès de lui il y a 3 ans pour une crise d'anurie calculeuse, le rein droit s'était subitement bouché. Je pratiquai la néphrotomie ; l'isolement du rein, très volumineux, fut très pénible par suite des adhérences ; lorsque j'eus fini, je m'aperçus que j'avais décapsulé complètement le rein, aucune suture ne fut possible. J'arrêtai facilement l'hémorragie par une couronne de compresses et je mis un tube au centre du bassinet ; la diurèse reparut immédiatement. Je recueillis dans les 24 heures 3 litres d'urine claire contenant plus de 40 gr. d'urée. Cette polyurie et cette uréopoïèse se continua pendant 3 jours. Malheureusement, le malade mourut subitement le 3e jour, alors que j'étais plein d'espoir sur les suites de l'opération. Le foyer d'infection du rein gauche joua peut-être un rôle dans cet accident inattendu. Aujourd'hui, je ne veux rappeler que la diurèse et l'élimination considérable de l'urée consécutive à cette opération. Ce qui vient d'être démontré dans ces dernières années sur les bons effets de la décapsulation m'explique ce fonctionnement exagéré du rein que je n'avais pas compris sur le moment ; il n'est pas douteux que le rein sécréteur a subi une excitation extrême du fait de la décapsulation.

Décapsulation du rein.

M. Sorel (de Dijon) communique au Congrès l'état de malades dont il avait communiqué l'observation au dernier Congrès. Une malade opérée précocement de néphrotomie pour infection aiguë du rein, dans le but d'arrêter le processus et d'éviter la formation d'abcès, opérée il y a 3 ans, se porte très bien.

L'auteur a opéré il y a 1 an une malade atteinte de néphrite calculeuse avec albuminurie. Aujourd'hui, la malade est complètement guérie et l'analyse d'urine ne révèle aucun produit pathologique.

L'auteur estime la décapsulation du rein une opération bénigne et efficace.

Décapsulation pour néphrite hématurique.

M. F. Legueu. — J'ai eu l'occasion d'opérer trois fois pour des néphrites hématuriques, dont l'hématurie était le seul symptôme.

Je pense que, dans ces cas, la néphrotomie est toujours nécessaire, parce que le diagnostic de ces néphrites hématuriques est extrêmement délicat, et qu'on ne peut jamais affirmer à l'avance qu'il n'y a pas une lésion plus appréciable. En outre, la néphrotomie agit immédiatement en décongestionnant le rein : la décapsulation la complète en préparant pour l'avenir une nouvelle circulation.

Les opérations conservatrices dans les rétentions rénales.

M. Albarran. — Sur 60 opérations réunies dans la thèse de mon élève Gardner, j'en ai pratiqué 14 ; 8 de mes opérés ont été suivis de 4 mois à 6 ans 1/2. En dehors de la section de brides comprimant l'uretère et de la simple néphropexie, le bilan des différentes opérations pratiquées est le suivant : *Section de l'éperon* (Trendelenburg) 6 cas ; 2 échecs (33 %) ; 2 revus en bon état 6 mois après. *Pyéloplications* (Israël) 7 cas ; 2 échecs (30 %) ; 2 revus en bon état de 1 à 2 ans après. *Anastomoses latérales de l'uretère* (Albarran) 10 cas ; 3 échecs (30 %) ; 4 revus de 6 mois à 5 ans. *Uretéro-pyélo-néostomies* (Kuster) 8 cas ; 3 échecs ; deux revus 8 et 13 ans après. *Résection orthopédique pyélorénale* (Albarran) 4 cas ; pas d'échecs ; mes 4 malades vérifiées par cathétérisme urétéral de 4 mois à 6 1/2 après l'opération. *Implantation de l'uretere avec une collerette du bassinet* (Delbet) 1 cas, avec une très petite rétention.

Parmi les résultats éloignés, seuls le malade de Delbet et les miens ont été vérifiés par le cathétérisme urétéral, seul procédé permettant de dire si le bassinet se vide ou non complètement. Parmi les malades dont on a constaté cliniquement le bon état, seules les observations de longue date ont de la valeur ; la récidive de la rétention a été observée jusqu'à 8 mois après l'opération et la rétention peut se reproduire sans que le malade souffre.

Les échecs sont dus à l'oblitération du nouvel orifice, à la coudure de l'uretère par mobilité du rein, ou à la persistance d'un bas-fond au-dessous du nouvel orifice. On peut facilement éviter la mobilité secondaire du rein en faisant, comme temps opératoire spécial, la néphrorrhaphie. Pour éviter le bas-fond, il faut placer l'orifice urétéral au point le plus déclive ; l'urétéro-pyélo-néostomie et l'anastomose latérale de l'uretère, opération plus simple, remplissent bien ce but. Pour que l'orifice urétéral ne se rétrécisse pas, le mieux est, lorsqu'on le peut, de conserver l'orifice normal ; or, contrairement à ce qu'on croit, on le peut souvent. L'examen de nombreuses pièces m'a montré que, très fréquemment, l'orifice urétéral est libre et que l'uretère libéré des adhérences laisse passer une sonde n° 12 ou 14 ; dans ces cas l'implantation de l'uretère se fait trop haut dans le bassinet. La meilleure opération me paraît être, chez ces malades, la résection de la partie déclive de la poche que j'ai décrite sous le nom de résection orthopédique : on conserve l'orifice normal qui se trouve placé au point le plus déclive. On doit ménager le plus possible le tissu rénal, en modifiant, au besoin, la position du rein par la néphrorrhaphie. Sur 4 opérés, j'ai eu ainsi 4 succès. Lorsque l'orifice supérieur de l'uretère ou ce conduit lui-même est oblitéré, je fais de préférence l'anastomose latérale : si l'uretère ne s'y prête pas sans tiraillement, il vaut mieux pratiquer l'implantation terminale de l'uretère sectionné et fendu.

Néphrites hématuriques.

M. Pousson (Bordeaux) se félicite de voir que cette question des interventions chirurgicales dans les néphrites médi-

cales commence à entrer dans la pratique courante. Lorsqu'il a commencé à s'en occuper il y a 7 ou 8 ans, il pensait bien qu'il ne pouvait en être autrement, car le principe qui a guidé les chirurgiens, qui, comme Harrisson Edebolhs et lui-même, ont préconisé ces opérations, repose sur les données de la physiologie pathologique du rein atteint de lésions chirurgicales et qui ne peuvent différer lorsqu'il est atteint de lésions médicales. Ces opérations sont : la néphrotomie de Harrison et Pousson, la décapsulation d'Edebolhs et la néphrolyse de Rovsing. Toutes agissent en diminuant la tension intrarénale, et à cette action la décapsulation ajoute les chances de voir se produire des anastomoses entre les vaisseaux du rein et ceux de la capsule graisseuse. Cette dernière aurait ainsi une efficacité sur la régression des lésions du parenchyme et pourrait, au dire d'Edebolhs, amener la guérison des néphrites. Laissant de côté cette action cicatrice, M. Pousson insiste sur les effets algostatique, hémostatique, et modificateur de la sécrétion des urines, et rapporte 3 observations de néphrorrhagie par néphrite, lithiase et tuberculose rénale, guérie par l'incision du rein.

Néphrolithotomie ; nécrose consécutive et élimination spontanée du rein.

M. Desnos (de Paris). — Une néphrolithotomie ayant permis d'enlever en totalité un gros calcul coralliforme fut suivie au 3e jour d'une élévation légère de température : celle-ci persistant, un débridement de la plèvre conduisit sur et dans le rein qui fut trouvé normal. Dès lors tout se passa bien, mais à partir du 12e jour, le trajet du drain donna issue à des débris de tissu cellulaire, presque sans suppuration, sans infection ; peu de jours après apparut un débris cubique gros comme une noisette, traversé par un catgut que le microscope démontra être du parenchyme rénal ; 3 jours après, en exerçant une légère traction sur un débris de tissus cellulaires, on amène au dehors toute une moitié du rein ayant conservé sa forme anatomique, sans odeur et démontré aseptique.

Rien n'explique ce phénomène ; la compression du pédicule, faite par une main très exercée au moment de l'incision du rein, avait été tres modérée et les suites opératoires, malgré la légère élévation thermique, n'étaient pas celles d'une plaie infectée ; on ne peut donc admettre un sphacèle de l'organe dû à l'infection, mais il s'agit très probablement d'une thrombose dont la cause reste d'autant plus obscure que je n'ai pu trouver de fait analogue dans la littérature.

CORRESPONDANCE

Les Médecins français et les blessés russes à Cannes.

Nous avons reçu d'un de nos confrères en voyage dans le Midi la lettre suivante :

Mon cher Confrère,

Permettez-moi de soumettre à votre appréciation le fait que je relève dans un journal climatique italien de la Riveira, l'*Ospedaletti hivernal*, fait qui a trait à l'organisation d'une maison de santé et de convalescence installée à Cannes pour les officiers russes blessés en Extrême-Orient. Voici, du reste, l'entrefilet de l'*Ospedaletti hivernal* :

« S. A. I. le Grand-Duc Michel, venant de Cannes, est arrivé samedi dernier, et a rendu visite à notre éminent praticien le docteur Oster.

S. A. était accompagnée de son officier d'ordonnance et des médecins chargés de la direction de la Villa Méridien, à Cannes, qui, comme on le sait, a été transformée, par les soins du Grand-Duc, en maison de santé et de convalescence, pour les officiers russes blessés à la guerre. Nous avons appris que le docteur Oster a été nommé par S. A. *médecin consultant* de cette maison ; nous lui en adressons nos sincères félicitations »

Notez que la villa Méridien a été pourvue par nos hôpitaux militaires de lits et de mobilier, et que ce sont nos infirmiers militaires qui en assurent le service.

Mais l'administration russe n'a pas jugé les médecins français civils et militaires suffisants pour donner des soins à leurs blessés, elle a fait venir des médecins russes. D'autre part, S. A. I. le Grand-Duc Michel, persuadé que la France est dépourvue de sommités médicales capables, est allé quérir à l'étranger un consultant.

Veuillez agréer, mon cher confrère, etc. Dr X.

Les faits parlent d'eux-mêmes, et nous n'avons rien à ajouter à la lettre de notre correspondant. Nous concevons parfaitement que le gouvernement russe envoie le trop plein de ses médecins à Cannes, ils ne sauraient sans doute être utilisés en Mandchourie. Et nos confrères français auraient grand tort de ne pas apprécier à sa valeur toute la délicatesse du procédé de l'administration russe, qui consiste à accepter infirmiers, matériel et souscriptions, tout en évitant aux membres du Corps médical français le souci de donner des soins à ses blessés ; c'est assez d'accepter l'hospitalité de leur pays.

A notre tour, nous demandons l'opinion des Sociétés françaises de secours aux blessés qui organisent des secours pour l'armée russe et celle de notre ministre des affaires étrangères. J. Noir.

MEDECINE PRATIQUE

Vulvo-vaginite des petites filles.

La presse politique et scientifique, ainsi que les philanthropes et les sociologues, se préoccupent de plus en plus de la dépopulation et de la mortalité toujours croissantes en France et surtout dans les centres ouvriers, où le rachitisme et la scrofule sont de plus en plus signalés dans les statistiques de mortalité sous la rubrique faiblesse congénitale. Il y a déjà bientôt 8 ans que le professeur Baumel a très bien décrit la distribution géographique du rachitisme (voir *La médecine infantile*, 1897, nos 20-24) ; il résulte de cette étude magistrale que cette affection est assez fréquente en France.

Le rachitisme atteint en général les enfants de deux à trois ans, dont le squelette et tous les autres organes subissent les modifications assez profondes. En particulier chez les petites filles de 2 à 3 ans, un des symptômes les plus précoces de cette affection est constitué par la vulvo-vaginite. Le traitement de cette manifestation morbide consiste en :

I. Injections ou plutôt irrigations vaginales à la température de 35° à 38° — pratiquées par une personne adulte à l'aide d'un drain un peu rigide en caoutchouc, introduit à 4 ou 5 centimètres de profondeur dans le vagin.

Pour éviter les accidents toujours possibles dans les milieux ouvriers où le rachitisme fait le plus de ravages, il convient d'éviter dans les prescriptions les substances toxiques telles que sulfate de cuivre, le sublimé et le nitrate d'argent, dont l'emploi doit être réservé exclusivement au médecin traitant. Je prescris avec le plus grand succès des irrigations vaginales quotidiennes avec un litre d'eau bouillie et à la température, suivant la tolérance, de 32° à 38°, en additionnant ce litre d'eau bouillie tantôt d'une cuillerée à dessert ou à café de sel fin de table, soit de cinq à dix gouttes de teinture d'iode fraîchement préparée. Après chaque irrigation appliquer au-devant de la vulve un morceau de toile propre ou de gaze boriquée enduite légèrement de vaseline antiseptique 1/20 et fixé par un bandage en T.

II. Prescrire deux fois par semaine un bain d'eau salée (gros sel de cuisine ou poudre d'amidon).

III. Et surtout les reconstituants, au premier rang desquels se place l'Emulsion Scott. Le professeur Nil Fllatow, de Moscou, partage l'opinion de Cantani, que le rachitisme ainsi que la scrofule, résultent de l'insuffisance dans l'assimilation de la chaux par l'organisme. C'est pourquoi l'Emulsion Scott, grâce à sa composition pharmacologique (huile de foie de morue, glycérine et hypophosphite) constitue précisément un agent thérapeutique de tout premier ordre pour combattre la cause fondamentale du rachitisme et de la scrofule.

Ainsi que le dit Cantani, lorsqu'il y a une insuffisance considérable en chaux, c'est le squelette qui subit des altération ; lorsque au contraire l'insuffisance en chaux est moins prononcée, les os en état de croissance attirent vers eux toute la réserve de cette matière possédée par l'organisme et ce sont les autres organes qui souffrent.

Dans le premier comme dans le second cas, l'Emulsion Scott combat avec le plus grand succès l'insuffisance plus ou moins grande de calcification, si bien étudiée par M. le professeur Bouchard, résultat que l'on ne peut, bien entendu, pas obtenir avec l'huile de foie de morue simple.

Dr Kaminsky.

VARIA

Réception à l'Hôtel de Ville du Congrès international d'assainissement et de salubrité de l'habitation.

Le mardi 8 novembre 1904, à deux heures et demie, les membres du Congrès international d'assainissement et de salubrité de l'habitation ont été reçus dans les salons de l'Hôtel de Ville par la Municipalité de Paris.

MM. Colly, vice-président du Conseil municipal, assisté de M. de Selves, préfet de la Seine, des membres du Bureau et de nombreux membres du Conseil municipal et du Conseil général, de MM. Laurent, secrétaire général de la Préfecture de police, représentant M. Lépine, préfet de police, empêché: Armand Bernard, directeur du Cabinet du préfet de la Seine; Bouvard, directeur administratif des services d'architecture et des promenades et plantations, Bechmann, ingénieur en chef, chef du service technique des eaux et de l'assainissement; A.-J. Martin, inspecteur général de l'assainissement de la ville de Paris; le docteur Thiéry, adjoint de l'inspecteur général, M. Paul Juillerat, chef du casier sanitaire des maisons de Paris, ont fait les honneurs de la réception.

Dans l'assistance, on remarquait: M. Paul Strauss, sénateur de la Seine, président du Congrès; Marié-Davy, secrétaire général, Ricard, sénateur: Chantemesse, Roux, Regnard, Jules Renaud, Barthaumieux, Bonnier, Cacheux, Alfred Fillassier, Lucien Graux, Lédé, Blankenberg, conseiller municipal d'Amsterdam. Enfin, MM. Magaldi, délégué d'Italie, Kalisch, représentant la ville de Berlin; Spataro, délégué de la ville de Rome; W.-J. Downes, délégué de la Commission sanitaire corporative de la Cité de Londres; Alphons C. Morton, délégué en chef du Comité de la Cité de Londres, et nombre de délégués d'autres villes d'Europe.

M. Paul Strauss, sénateur de la Seine, président du Congrès, a prononcé un discours très applaudi :

« Pour la première fois, des médecins, a dit M. Strauss au cours de son discours, des architectes, des administrateurs, des hommes de l'art, se sont assemblés pour traiter exclusivement de l'hygiène de l'habitation; et cette initiative n'a pas lieu de surprendre ici, dans cet Hôtel de Ville où siège depuis cinquante-six ans la Commission parisienne des logements insalubres, qui a rendu tant et de si éclatants services. Cette initiative n'est pas faite pour déplaire au Conseil municipal, qui a eu le grand honneur de créer de toutes pièces le casier sanitaire des maisons, grâce auquel il est permis de dépister, rue par rue, immeuble par immeuble, logement par logement, la tuberculose et d'en découvrir les causes. Nous savons aujourd'hui, et nous l'apprenons de mieux en mieux, combattre la tuberculose, cette maladie de misère, d'insalubrité et de surpeuplement, et nous sommes heureux de venir ici, dans ce milieu si amical, où toutes les idées de progrès et de réformes sont en honneur, vous apporter l'expression de nos sympathies et vous dire à quel point nous comptons sur votre concours pour accomplir en commun l'œuvre internationale de défense sanitaire qui s'impose à tous les hommes civilisés.

Aujourd'hui, l'hygiène conduit à des solutions solidaristes, elle nous incite, gouvernements et particuliers, à faire des sacrifices et des efforts en vue de protéger les plus humbles, les plus faibles afin que, se tenant étroitement unis, les pouvoirs publics nationaux et communaux forment un bouclier solide pour protéger la collectivité contre les maladies évitables.

M. Paul Strauss présente ensuite les membres du Congrès et tout spécialement M. Marié-Davy, qui, dit-il, en a été l'âme et la cheville ouvrière.

M. de Selves, préfet de la Seine, après un discours heureux de M. Colly, vice-président du Conseil Municipal, prend la parole à son tour.

L'assainissement et la salubrité de l'habitation ont toujours, dit-il, été étudiés et poursuivis à Paris avec une persévérance, un esprit de suite dont vous aurez, je n'en puis douter, apprécié et contrôlé les heureux résultats.

Dans leurs remarquables discours, à votre séance d'inauguration, votre infatigable et dévoué président, M. le sénateur Paul Strauss, et M. le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts n'ont pas manqué de vous exposer combien la salubrité du logement intéresse les pouvoirs publics.

Je pourrais à mon tour, s'il était nécessaire, vous montrer quels efforts la ville de Paris a toujours tentés dans cette voie de progrès et de solidarité sociale, et aisément établir qu'elle compte à juste titre parmi les grandes capitales dans lesquelles la lutte contre l'insalubrité du domicile est poursuivie avec le plus de passion. »

Après ces discours, on a procédé à la visite des Salons de l'Hôtel de Ville magnifiquement éclairés. Puis MM. Paul Strauss et Colly ont bu à la Ville de Paris, et au succès considérable qui a accueilli le 1er Congrès International d'assainissement de l'Habitation. M. Marié-Davy emporte les félicitations générales.

Lucien Graux.

Les ambulances japonaises.

La *Revue médicale militaire allemande* publie une lettre du médecin-major Matthiolus, qui donne de très intéressants détails, sur le service des ambulances japonaises, auprès desquelles il est attaché depuis quelques mois. Ces détails qui intéresseront tout particulièrement les médecins ont été analysés dans le *Temps* du 12 novembre auquel nous les empruntons :

Les Japonais assainissent les champs de bataille en incinérant les cadavres des leurs et de leurs chevaux, mais respectant les mœurs de leurs ennemis, ils enterrent les cadavres russes en leur rendant les honneurs.

Un haut fonctionnaire du service de santé est spécialement chargé de prescrire les mesures propres à empêcher la propagation des épidémies. Dans ce but, ce personnage fait incessamment la navette entre le théâtre des opérations et les différents ports de guerre. A ce propos, le docteur Matthiolus fait observer que, parmi les nombreux évacués qu'il a vus, nul n'était atteint d'une maladie infectieuse. Il constate avec une nuance d'étonnement que l'administration militaire fait distribuer aux soldats une ration journalière de tabac et une de saki (eau-de-vie de riz).

Les hôpitaux et ambulances méritent d'être cités comme modèles, au dire de Matthiolus, et leur personnel médical est remarquable à tous les points de vue. Les chirurgiens sont à la fois d'habiles opérateurs et des hommes familiarisés avec les découvertes les plus récentes. Dans l'ensemble des établissements hospitaliers visités par lui, le médecin-major allemand n'a vu *qu'un seul amputé*. Le médecin principal Kihouchi, directeur des ambulances affectées aux prisonniers, lui a déclaré n'avoir eu à faire qu'une seule amputation parmi les 600 blessés qu'il avait eus en traitement jusqu'à ce jour. D'après le même personnage, les perforations des os occasionnées par des projectiles de petit calibre tirés à des distances inférieures à 700 mètres provoquent des éclatements peu sensibles. De même, les blessures pénétrantes des poumons occasionnées par les balles de petit calibre, se guérissent très rapidement.

Le docteur Matthiolus signale enfin l'emploi, par les Japonais, d'un matériel de pansement inventé par le médecin principal Kihouchi, et dont les qualités sont très remarquables aux points de vue de la stérilisation et du pouvoir absorbant. De plus, il est susceptible d'être préparé n'importe où et à n'importe quel moment. Ce pansement se compose d'une compresse de gaze stérilisée dans laquelle est emmagasinée une certaine quantité de *cendre de paille*.

Ce pansement a été employé à l'exclusion de tous autres dans le service du docteur Kihouchi, et le médecin allemand constate que les blessures de tous les Russes qu'il a visités avaient très bonne apparence.

La population de la France en 1903.

L'*Officiel* a publié le rapport sur le mouvement de la population de la France pendant l'année 1903.

La balance des naissances et des décès se solde par un excédent de 73,106 naissances, inférieur à celui de 1902

(83,944) et à peine supérieur à celui de 1901 (72,388). La diminution de cet excédent, par rapport à l'année précédente, tient à ce que le nombre des naissances s'est encore abaissé: on a enregistré en 1903, 18,666 naissances de moins qu'en 1902, mais d'autre part la mortalité n'a pas cessé de décroître : le nombre des décès, en 1903, est inférieur de 7,828 unités à celui de 1902.

D'après les tableaux annexés au rapport, 36 départements ont donné, en 1903, un excédent de décès ; on en comptait 30 en 1902 et 33 en 1901.

Par rapport à 1902, la diminution du nombre des naissances est générale, elle s'étend à 73 départements. Parmi ceux où la diminution atteint les plus fortes valeurs absolues, nous citerons : le Nord, 1,414 naissances en moins ; la Seine, 1,311 ; les Bouches-du-Rhône, 1,018 ; le Gard, 824 ; la Dordogne, 749. Dans 14 départements seulement, il y a eu plus de naissances en 1903 qu'en 1902 ; ceux dont l'augmentation est la plus forte sont : Morbihan, 710 naissances en plus ; Ille-et-Vilaine, 494 ; Manche, 407 ; Corse, 330 ; Vosges, 235.

La diminution du nombre des décès par rapport à 1902 ne porte que sur la moitié environ des départements ; parmi les quarante d'entre eux où l'on a compté plus de décès en 1903 qu'en 1902 nous citerons : Bouches-du-Rhone, 1,502 décès en plus ; Dordogne, 811 ; Vaucluse, 532 ; Puy-de-Dôme, 500. Parmi les quarante-sept départements ou le nombre des décès a diminué en 1903 par rapport à l'année précédente figurent : la Seine, 3,094 décès en moins ; le Nord, 2.015 ; la Manche, 773, le Morbihan, 760 ; l'Orne 701.

Ainsi le nombre des naissances a été plus faible en 1903 qu'en 1902 pour les cinq sixièmes des départements français et le nombre des décès a diminué dans la moitié environ des départements ; l'abaissement de la mortalité est donc moins général que celui de la natalité.

Psychologie expérimentale.

Le professeur Danilewsky a eu l'idée de créer expérimentalement des idiots. Hâtons-nous de dire qu'il s'est contenté de réaliser cette idiotie artificielle chez des chiens. L'expérience a consisté à appliquer sur la tête de jeunes chiens une sorte de casque métallique et à limiter ainsi le développement du crâne. On comparait ensuite les conséquences psychiques et physiques obtenues chez les chiens ainsi casqués avec le développement d autres jeunes chiens servant de témoins. Il résulte de ces expériences que l'intelligence et l'impressionnabilité des animaux dont le crâne est ainsi comprimé restait fort au-dessous de la normale. Le chien devient hébété et stupide, il cesse d'aboyer, se borne à grogner, son appétit devient de la voracité. Le développement musculaire est ralenti et incomplet.

La tête prend une forme dolicocéphalique, la partie faciale s'allonge. Après deux à trois mois de cette vie en casque, des convulsions surviennent habituellement et l'animal meurt. (*Médecine Moderne*, 9 novembre 1904.)

Les répercussions du Métropolitain sur l'Assistance publique.

« Il est déjà question de supprimer au personnel médical de l'hôpital Tenon son indemnité de déplacement supplémentaire dès que la ligne métropolitaine des boulevards récemment inaugurée atteindra la place Gambetta. Il est certain qu'à ce moment, en raison de la facilité et la rapidité de ces transports souterrains, mal aérés d'ailleurs. Tenon ne sera pas plus éloigné en fait que Saint-Louis ou Saint-Antoine. par exemple. Ne serait-il pas plus rationnel d'augmenter le traitement des médecins ou chirurgiens d'hôpitaux en supprimant la chinoiserie des indemnités de déplacement et de leur demander davantage ?

« On prétend que les services hospitaliers sont généralement mal faits ; mais à notre époque on n'en a plus que pour son argent. Or les médecins ne sont guère payés, il faut le reconnaître. si on ne compte pas les frais des malades des salles que l'administration met à la disposition du personnel médical pour l'instruction des élèves. Les malades et les élèves servent au perfectionnement et à sa réclame professionnelle et les frais lui seraient singulièrement onéreux s'il devait les supporter dans une clinique particulière et de ses propres deniers. » Dr P. Berthod (*Journal de méd. de Paris*, 1904). — C'est là une question à reprendre. Le fait cité n'est pas isolé. La mesure est contraire à l'intérêt des malades et à l'équité.

FORMULES

XX. — Contre la tuberculose.

Arséniate de soude................	0 gr. 01 centigr.
Extrait de feuilles de noyer.........	10 gr.
Extrait fluide de Kola...............	20 gr.
Elixir de Garus......................	50 gr.
Sirop d'écorces......................	120 gr.

1 c. à soupe deux fois par jour.

Lorsque la tuberculose pulmonaire est compliquée d'infections secondaires, donner 6 à 10 pilules par jour contenant chacune :

Ichtyol..............................	1 gr.

XXI. — Contre le prurit.

Acide phénique.......................	1 gr.
Acide salicylique....................	2 gr.
Acide tartrique......................	3 gr.
Glycérolé d'amidon...................	100 gr.

En applications locales. (Brocq).

XXII. — Contre la pharyngite chronique.

Acide phénique } ãã	0 gr. 50
Acide salicylique }	
Iode métallique......................	1 gr.
Iodure de potassium..................	5 gr.
Glycérine............................	100 gr.

En badigeonnages, une fois par jour.

Actes et thèses de la Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat. — *Mercredi, 30 novembre 1904*. à 1 heure. — *M. Petitjean* : Etude statistique concernant les cas de présentation de la face ayant eu lieu à la clinique Baudelocque (1er janvier 1900 au 31 juillet 1904) ; MM. Pinard, Pouchet, Brissaud, Potocki. — *M. Debono* : Etude physiologique et thérapeutique du chlorhydrate d'éthyl-narcéïne (narcyl) ; MM. Pouchet, Pinard, Brissaud, Potocki. — *M. Le Tohic* : Etude clinique sur les thromboses de la veine cave supérieure ; MM. Brissaud, Pinard, Pouchet, Potocki.

Jeudi, 1er décembre 1904, à 1 heure. — *M. Ribadeau-Dumas* : Ictères et splénomégalie ; MM. Cornil, Hutinel, Thiroloix, Méry. — *M. Mangematin* : Les idées actuelles sur le traitement de l'épilepsie : MM. Hutinel, Cornil, Thiroloix, Méry. — *M. Naud* : Du traitement de l'incontinence d'urine chez les enfants par le sulfate d'atropine ; MM Hutinel, Cornil, Thiroloix, Méry. — *M. Vincent* : Maladie osseuse de Paget (Revue générale) ; MM. Raymond, Berger, Jeanselme, Auvray. — *M. Denis* : Contribution à l'étude de l'appendicite herniaire ; MM. Berger, Raymond, Jeanselme, Auvray. — *M. Mougenc de Saint-Avid* : Des amputations économiques du pied ; MM. Berger, Raymond, Jeanselme, Auvray.

Examens de doctorat. — *Lundi, 28 novembre 1904*. — 5e (Chirurgie, 1re partie) : MM. Kirmisson, Legueu, Gosset.— 5e (2e partie) : MM. Roger, Teissier, Macaigne.

Mardi, 29 novembre 1904. — 5e (Chirurgie, 1re partie) : MM. Le Dentu, De Lapersonne, Morestin. — 5e (2e partie) : MM. Joffroy. Renon, Gouget.

Mercredi, 30 novembre 1904. — 2e : MM. Gariel, Ch. Richet, Retterer.

Jeudi, 1er décembre 1904. — Médecine opératoire : MM. Pozzi, Poirier, Morestin. — 3e (1re partie, Oral. 1re série) : MM Guyon, Launois, Demelin.— 3e (1re partie, Oral. 2e série) : MM. Budin, Schwartz, Faure. — 3e (2e partie, Oral) : MM. Dieulafoy, Vaquez, Guiart. — 4e : MM. Pouchet, Dupré, Langlois.

Vendredi, 2 décembre 1904. — 1er (Oral) : MM. Brissaud, Cunéo, Branca. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série) : MM. Reclus, Delens, Pierre Duval. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série) : MM. Tuffier, Mauclaire, Proust. — 5e (Obstétrique, 1re partie) : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi, 3 décembre 1904.— 3e (2e partie) : MM. Cornil, Guiart, Maillard. — 1er (Oral) : MM Berger, Thiéry, Launois. — 3e (2e partie, Oral) : MM. Hutinel, Troisier, Rénon. — 4e : MM. Chantemesse, G. Ballet, Richaud. — 5e (2e partie, 1re série) : MM. Raymond, Thiroloix, Bezançon. — 5e (2e partie, 2e série) : MM. Gilbert, Jeanselme, Carnot. — 5e (Obstétrique, 1re partie) : MM. Budin, Demelin, Brindeau.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la Coqueluche.

L'Hélénine de Korab diminue d'une façon notable l'excitabilité laryngo-pharyngienne ; c'est un modérateur, un calmant du système nerveux (Communications à la Société de Biologie). Cette propriété bien démontrée fait comprendre la puissance curative de l'Hélénine dans la coqueluche ; d'après Valenzuela (*El Siglo medico* de Madrid), les effets de l'Hélénine sont merveilleux. Introduite dans l'estomac, l'Hélénine agit à la manière des amers aromatiques et s'oppose aux vomissements si fréquents et si pénibles qui accompagnent les quintes de toux. Cet agent thérapeutique doit être administré sous forme de Sirop du Dr de Korab à la dose de quatre à cinq cuillerées à café par jour.

NOUVELLES

Natalité de Paris — Du dimanche 6 au samedi 12 novembre 1904. les naissances ont ete au nombre de 1020, se décomposant ainsi : légitimes 753, illégitimes 267.

Mortalite a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les deces ont ete au nombre de 879, savoir : 453 hommes et 426 femmes. Les deces sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoide (typhus abdomin.) : 14 — Typhus exanthematique : 0. — Fievre intermittente et cachexie palustre : 0. Variole : 1. — Rougeole : 3 Scarlatine : 1. — Coqueluche : 1. — Diphterie et Croup : 4. — Grippe : 2. — Choléra asiatique : 0 — Cholera nostras : 0. — Autres maladies epidémiques . 2. — Tuberculose des poumons : 198 — Tuberculose des méninges : 12. — Autres tuberculoses : 16. — Cancer et autres tumeurs malignes : 60. — Meningite simple : 13 — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 61. — Maladies organiques du cœur : 58 — Bronchite aiguë : 7. — Bronchite chronique : 25 — Pneumonie : 23. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 78 — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 4. — Diarrhee et enterite de 0 à 1 an : sein : 3 ; autre alimentation : 25. — Diarrhee et enterite de 1 à 2 ans : 4 — Hernies, obstruction intestinale : 10. — Cirrhose du foie : 13. — Néphrite et mal de Bright : 15. — Tumeurs non cancereuses et autres maladies des organes genitaux (femmes) : 2. — Septicemie puerperale (fièvre, péritonite, phlebite puerperale) : 1. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 2. — Débilite congénitale et vices de conformation : 25. — Débilité senile : 35. — Morts violentes : 39. — Suicides : 21. — Autres maladies : 114. — Maladies inconnues ou mal définies : 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 66, qui se décomposent ainsi : légitimes 45, illégitimes 21.

Faculté de médecine de Nancy. — M. le Dr Lambert, agrégé libre, est rappelé en exercice.

Muséum d'histoire naturelle. — *Cours de botanique : organographie et physiologie végétale.* — M. Ph. Van Tieghem, professeur, membre de l'Institut, commencera ce cours le samedi 3 décembre 1904, à neuf heures du matin, dans l'amphithéâtre de la galerie de Minéralogie, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure. Après avoir résumé les caractères communs à tous les êtres vivants qui font l'objet de la biologie générale, le Professeur exposera les éléments de la morphologie des plantes. Les leçons du jeudi seront des leçons pratiques et auront lieu au laboratoire de botanique, rue de Buffon, n° 61.

Cours de Botanique : classification et familles naturelles des cryptogames. — M. L. Mangin, professeur, commencera ce cours le lundi 28 novembre 1904, à dix heures du matin, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera les mercredis et lundis suivants, à la même heure. Après un exposé des grandes divisions des cryptogames, le cours sera consacré à l'étude des familles naturelles des champignons. Les espèces importantes par leurs applications seront l'objet de développements particuliers, soit au point de vue de leur culture, soit au point de vue de leur rôle physiologique ou pathologique. Le cours sera complété par des excursions et des épreuves pratiques qui seront ultérieurement annoncées.

Décorations. — Légion d'honneur. — M. le Dr Brochard (de Paris) est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Officiers de l'instruction publique. — MM. les Dr Le Page (d'Orléans) ; Toussaint (d'Argenteuil).

Officiers d'académie. — M. le Dr Bosredon (de Brive) ; Brassart (d'Arras) ; de La Chapelle (de Laforce) ; Duranthon (de Lauzun), Guillemant (de Lhuis) ; Lallement (de Nogent-sur-Marne) ; Lequette (de Liévin) ; Mercier (de Vergt) ; Quantin (de Toussieu).

Société des médecins-inspecteurs des écoles de la Ville de Paris. — Les médecins-inspecteurs des écoles se sont réunis le 17 novembre 1904. à la mairie du IVe Arrt. Ils ont décidé la reconstitution de la Société et après avoir voté les statuts, ils ont élu le bureau pour l'année 1905. Président : Dr L. Gourichon, vice présidents : Drs Doury et de Pradel ; secrétaire-général : Dr Butte ; trésorier : Dr G. Levy ; secrétaires : Drs Biard et Meyer. Le reste de la séance a été consacré à l'étude de la discussion d'un projet de réorganisation de l'Inspection médicale des écoles qui doit être soumis prochainement au Conseil Municipal. Adresser les adhésions à M. le Dr Butte, secrétaire-général, 40, rue Saint-Placide.

Union fédérative des médecins de la réserve et de la territoriale. — *Séance du conseil d'administration du 10 novembre 1904, au Cercle Militaire, à 9 h. 1/2 du soir.* — Le procès-verbal de la séance du 6 octobre est adopté. Les Drs Archambaud (Paul) et Podevin sont élus secrétaires des séances. Le Dr Ramonat donne lecture de plusieurs lettres de felicitations au sujet de la fondation de la nouvelle société et remercie les membres de la Presse : MM. Archambaud, Grandjux et Helme, du concours prêté à la société. Sont nommées : 1° une commission de publicité et de publication du *Bulletin*, 2° une commission des fêtes. M. Brossard, trésorier, indique les moyens qu'il compte employer pour le recouvrement des cotisations. Il est décidé par le conseil que l'année sociale commencera le 1er janvier de chaque année. Les adhérents des trois derniers mois de l'année seront considérés comme faisant partie de la société à partir du 1er janvier suivant. Il est procédé au tirage au sort des membres sortants en 1905 et 1906. La séance avait été précedée d'un dîner amical, auquel avaient pris part, outre les membres du conseil, un certain nombre de membres de la société. Le secrétaire-général : L. Tollemer, 83, rue Taitbout.

Etablissement dermatologique de Paris. — M. le Dr Leredde nous demande d'annoncer que sa maison de santé et les services de traitement externe qu'il dirige sont transportés : 31, rue de la Boétie, Téléphone 564 18. La Policlinique est ouverte le matin de 9 h. à 11 h. Les services de phototherapie, radiothérapie, électrothérapie le sont de 9 h. à 11 h. 1/2 et de 2 h. à 6 h.

Nécrologie. — M. le Dr Paul-Gustave-Anatole Bouteillier, fils de notre excellent ami et collaborateur le Dr G. Bouteillier (de la Ferté-Fresnel) est décédé à Laigle (Orne), à l'âge de 33 ans. Nous adressons à son père l'expression de nos plus vives sympathies. — M. P. H. Poinsot, chef du service dentaire de l'Asile clinique est décédé le 19 nov. à l'âge de 56 ans. M. Poinsot a publié des revues très étudiées dans le *Progrès medical.* Nous adressons à sa famille nos sentiments de condoléances.

Nous apprenons avec regret la mort du docteur Claude Gonnard, à l'âge de soixante-dix-huit ans.

C'était un républicain de la première heure, ami de Gambetta, à l'esprit convaincu et militant, qui laisse chez tous ceux qui l'ont connu les meilleurs souvenirs. (*Le Temps.*)

Un chirurgien londonien, de passage à Marseille, M. Herbert W. Allengham, s'est suicidé hier matin, dans un grand hôtel de notre ville, au moyen d'injections répétées de morphine au poignet gauche. Une lettre du désespéré, laissé en évidence sur une table de la chambre, fait connaître qu'il a veulu mettre fin à d'intolérables souffrances. Ce n'est que ce matin que le personnel de l'hôtel, inquiet de ne pas avoir revu M. Herbert W. Allengham, a pénétré dans sa chambre. Un docteur anglais, descendu au même hôtel, M. Hawtesohe, a constaté le décès. La famille du défunt a été prévenue par télégramme. M. Herbert W. Allengham, médecin du roi d'Angleterre, a soigné Edouard VII lors de sa dernière maladie. (*Le Matin.*)

Chronique des hôpitaux.

Concours des prix de l'internat. — L'ouverture du concours pour les prix de l'internat aura lieu le 9 mars 1905 pour la chirurgie, et le 13 du même mois pour la médecine. Se faire inscrire du 2 au 14 janvier 1905. Le mémoire devra être déposé avant le 14 janvier.

Hotel-Dieu. — Le Dr Lucas-Championnière reprendra ses leçons de *Clinique chirurgicale* à l'Hotel Dieu, le jeudi 24 novembre, à 10 heures, dans l'amphithéâtre Desault et les continuera les jeudis suivants à la même heure. Opérations avant la leçon. Visite dans les salles Saint-Cosme (hommes, hernies) le mercredi ; Sainte-Marthe (femmes) le samedi.

Hotel-Dieu. — M. le Dr Baudrt, chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, a repris ses exercices cliniques d'examen des malades, qui ont lieu les lundis et jeudis à 5 heures, à l'amphithéâtre Chomel (Hôtel-Dieu).

Concours de l'internat de médecine. — La composition écrite du concours de l'Internat aura lieu a la date fixée, le lundi 19 décembre, à midi, dans la salle Saint-Jean, à l'hôtel de ville (entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue de Rivoli). Seront seuls admis dans la salle les candidats porteurs du Bulletin spécial qui leur aura été délivré par l'administration au moment de leur inscription au concours. Les candidats devant, à leur entrée dans la salle, recevoir un numéro leur indiquant la place qu'ils doivent occuper, sont invités à se présenter dès 11 h. 1/2.

Concours pour la nomination d'Internes en Médecine (*Titulaires et suppléants*) a l'Asile départemental d'Aliénés du Rhone, a l'établissement départemental d'Albigny (Rhone) et a l'Asile de Saint-Robert (Isère). — Le lundi et mardi 12 et 13 décembre 1904, à 9 heures du matin, il sera ouvert à l'Asile d'Aliénés du Rhône, à Bron, un concours pour la nomination : 1° de deux internes titulaires et de deux internes suppléants, à l'Asile départemental d'aliénés du Rhône ; 2° d'un interne titulaire à l'établissement d'Albigny : de deux internes titulaires et d'un suppléant à l'Asile de Saint-Robert (Isère). Les internes tant titulaires que suppléants, désignés pour l'Asile du Rhône, et l'établissement d'Albigny seront nommés pour un an à partir du 1er janvier 1905 et pourront être maintenus d'année en année dans leurs fonctions jusqu'à concurrence de trois ans, avec l'approbation du Préfet, sur l'avis du Directeur et des Médecins en chef. Les internes désignés pour l'Asile Saint-Robert seront nommés pour trois ans à partir du 1er avril 1905. Les candidats pourront se faire inscrire au secrétariat de l'Asile de Bron, avant le 1er décembre prochain inclusivement.

Concours de l'Externat. — Séance du 16 novembre : *Pathologie* Erysipèle de la face. Séance du 19 novembre : *Anatomie* : Os occipital. — Séance du 21 novembre : *Pathologie* : Etranglement herniaire. — Séance du 22 novembre : *Anatomie* : Veines jugulaires interne et externe.

Concours d'ophtalmologie des hôpitaux. — Le jury est composé de MM. de Lapersonne, Morax, Richelot, Ricard, Chaput, Darier, Wurtz.

Concours d'oto-rhino-laryngologie. — Le jury est composé de MM. Lermoyez, Sebileau, Leguéu, Delbet, Félizet, Thoinot, Joffroy.

Maison nationale de Charenton. — Il sera ouvert, le 20 décembre 1904, à la Maison Nationale de Charenton, à Saint-Maurice (Seine), un concours pour l'Internat dudit établissement. On trouvera chez le concierge de la Faculté de Médecine et à la Maison Nationale des exemplaires de l'arrêté qui fixe les conditions d'admissibilité et le programme du concours.

Cours de clinique chirurgicale de l'hopital Necker. — M. le Prof. Berger commencera son cours le vendredi 25 novembre, à 10 h. et le continuera les mardis et vendredis suivant à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

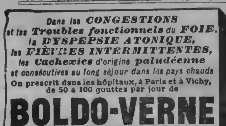
Librairie A. MALOINE

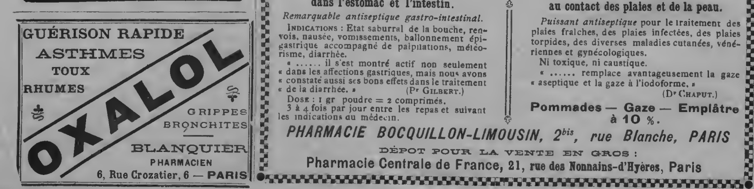
25-27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Gascoin (H.). — Procédé du médecin-major de Saint-Paul pour les injections hypodermiques sans seringue. In-8° de 40 pages. Prix.. 1 fr.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères, Clermont (Oise).
Maison speciale pour publications periodiques médicales.





33e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XX. N° 49. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 3 DÉCEMBRE 1904

Le Progrès Médical

ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE

Le traitement du criminel;

Par le Dr **P. KERAVAL**,
Médecin en chef des Asiles de la Seine.

Que n'a-t-on pas écrit, depuis plusieurs années, sur les procédés à employer pour améliorer et guérir le criminel ? que n'a-t-on pas dit sur les causes du crime et la nature des divers individus susceptibles de devenir criminels ?

Nous n'avons pas l'intention de revenir sur les livres ou articles sans nombre qui ont prétendu résoudre les problèmes compliqués dont se compose ce sujet. Personne ne nous accusera je pense, de partialité, si nous résumons l'état de la question en ces mots.

Certaines assertions, sinon évidentes, au moins vraisemblables, ont été, pour ainsi dire, déconsidérées par des exagérations, des contradictions, des indécisions flagrantes, que, dans nos revues, ici même, nous avons en leur temps signalées.

Aussi ne sommes-nous pas surpris que le récent livre du professeur Aschaffenburg (de Halle) ait été en Allemagne accueilli avec faveur. Il est intitulé : « Le crime et les moyens de le combattre » (1).

I

Voici comment, remaniant à son tour les documents statistiques et les opinions des criminologistes, cet écrivain envisage la nature du criminel. Les *causes du crime* sont, à son avis, les unes sociales, les autres individuelles. Les premières, il faut les chercher dans : les saisons ; les races ; la religion ; les pays, villes et professions ; les mœurs populaires, les alcools et excitants toxiques ; la prostitution ; le jeu et la superstition ; la situation économique et sociale. Les causes individuelles comprennent l'examen de la généalogie et de l'éducation; de l'instruction; de l'âge, du sexe et de la position de famille ; des caractères physiques, mentaux ou psychopathiques ; de la classification des criminels. Nous allons tenter de résumer les résultats positifs de cet ensemble.

Le mois de juillet étant en Europe particulièrement chargé en attentats aux mœurs, en crimes contre la morale, et l'instinct sexuel offrant une exacerbation en cette saison, il semble y avoir pour l'homme une période de *rut* comparable à celle des animaux, bien que sous une forme très mitigée et considérablement modifiée.

La *race*, par contre, n'a rien à voir avec le crime, heureusement ; car la transformation des races s'accomplit lentement, au cours des siècles, et ne saurait, par conséquent, subir d'influence étrangère.

Si l'on est obligé de constater la prédominance d'une tendance criminelle chez les *catholiques*, il n'en faudrait pas conclure à l'action de la religion, mais plutôt, peut-être, à celle de leur état social. Il ne faudrait pas croire non plus que le paysan soit plus honnête que le citadin ; *la grande ville*, à raison de ses particularités bien connues, exerce sur le criminel et la racaille l'attraction que l'on sait.

Hors de doute est l'influence de *l'alcool* sur les réactions quasi-réflexes et impulsives; hors de doute aussi son action dégénératrice. Le morphiniste est également un dégénéré. Quant au cocaïniste, c'est un aliéné ; ses crimes sont des actes d'aliénés.

La *prostitution*, inextirpable, résulte de vices économiques sociaux et de l'absence de casernement des filles publiques. Le tout agit sur des sujets préparés par l'hérédité, l'éducation, la prédisposition presque psychopathique. Les prostituées deviennent surtout criminelles par les entremetteurs et les souteneurs. Si on les soustrayait à leurs exploiteurs, en les casernant d'après le système de Brême, on arriverait, dans la mesure du possible, à protéger la santé publique, à supprimer le scandale, à limiter la prostitution clandestine.

C'est moins la privation du nécessaire, que l'impuissance à renoncer à des habitudes contractées dans les années prospères, qui recèle le danger de succomber à la tentation, surtout chez les sujets jeunes dont l'esprit n'a pas encore acquis la maturité voulue. Le commerce et l'industrie facilitent les occasions de filouter et de détourner : les époques de *prospérité économique* multiplient les tentations. C'est à l'ouvrier qu'il faut imputer l'augmentation des crimes contre la morale, auxquels les excès alcooliques ne sont pas étrangers; même quand les temps sont durs, l'ouvrier ne s'abstient pas de boire. La grève est un puissant danger contre la sécurité publique.

(1) Des Verbrechen und seine Bekœmpfung. (Heidelberg in-8°. 1903. (C. Winter, éditeur.)

Donc les causes sociales poussent au crime ; mais bon nombre d'hommes sont capables de résister, tandis que d'autres succombent plus ou moins aux tentations. Il s'agit, dans ce dernier cas, surtout d'*hypovalents*, élevés dans un milieu criminel, miséreux, qui n'ont pas reçu d'éducation. Le remède est indiqué. Les arracher au milieu avant que n'ait agi l'exemple malsain de l'entourage, les soumettre à une éducation et à une instruction convenables. Et encore ne réussira-t-on que dans les limites où les éléments physiques et psychiques de la prédisposition le permettront. *L'instruction*, en multipliant les aptitudes à des emplois, diminue les raisons d'avoir recours au crime ; elle doit cependant être doublée d'une *éducation altruiste*. La faculté de se maîtriser ne croît pas en effet avec l'intelligence. Des plus scabreuses est la participation à la vie industrielle des jeunes gens de 18 à 21 ans, instables, insuffisamment mûrs. Et c'est, dans ce milieu, moins le travail en fabrique ou la promiscuité du magasin que les attractions des plaisirs et des bacchanales qui constituent l'écueil. Particulièrement dangereuses pour l'adolescent, elles provoquent la prostitution de la jeune fille qui est, non la soupape de sûreté du crime, mais le succédané de la mendicité et du vagabondage. Et le *mariage* n'exerce au point de vue qui nous occupe, d'action favorable que lorsqu'il n'est pas précoce ; on doit empêcher que les gens qui ne jouissent pas d'une maturité matérielle et mentale, qui sont incapables de qualités économiques, ne se marient ; les motifs médicaux et sociaux en sont transparents.

Les criminels, en somme, sont dotés d'une *organisation physique inférieure*. Ils sont issus des classes besogneuses dans lesquelles les femmes, pendant leur grossesse, insuffisamment nourries, sont astreintes à user leurs forces à un labeur souvent dur ; la petite créature en venant au monde est très fréquemment déjà intoxiquée par l'ivrognerie et les maladies des parents.

Le criminel, pour les mêmes causes, présente généralement une *intelligence au-dessous de la moyenne, une instabilité remarquable*. Mais on ne saurait lui attribuer de caractères psychiques qui lui soient propres. Si le chevalier d'industrie, le picpocket, maints criminels immoraux, offrent certaines particularités, « je ne crois pas (c'est M. Aschaffenburg qui parle) que ces particularités permettront jamais à qui ignore le passé du sujet de conclure à des tendances criminelles natives, et qu'elles signifient plus qu'un certain péril en un sens déterminé. »

Le criminel est-il un aliéné spécial ? S'il est impossible de préciser le nombre des *aliénés criminels*, on peut affirmer que grand est le danger que les aliénés en liberté font courir à la sécurité publique, et que les formalités d'admission des aliénés superflues et dangereuses pour le mala de lui-même soufflettent d'autant la sécurité publique que l'on prétend vouloir assurer. Il n'est pas non plus possible de fixer le nombre des *aliénés qui se trouvent dans les établissements pénitentiaires* ; on y voit un vaste domaine de débilité mentale, congénitale ou acquise, qu'il eût fallu explorer au moment de l'admission des prisonniers, ne fût-ce qu'afin d'éviter des erreurs judiciaires. Quant aux *affections mentales vraies qui éclatent au cours de la détention*, elles sont du même genre que celles qui s'observent chez les gens qui vivent en liberté. Peut-être la détention favorise-t-elle certains symptômes, mais le délire de détention, si tant est qu'il existe, est une affection très rare. En revanche, les cas de *simulation* sans aucun substratum morbide sont tout à fait isolés.

Franchement, nous ignorons les différences qu'il y a entre les fonctions psychiques des criminels à mentalité normale, et celles des criminels malades d'esprit. Aussi ignorons-nous les états intermédiaires. Criminalité et trouble mental sont deux plantes qui puisent leur nourriture dans un sol commun, celui de la dégénérescence physique et mentale. Comment et par quels procédés ? nous ne le savons.

Lombroso n'a pas réussi à séparer le criminel-né de l'homme normal au moyen des signes ataviques ou *anatomo*-pathologiques. Il n'a pas réussi davantage à caractériser le criminel cliniquement ni anatomiquement. Jamais, au grand jamais, nous n'irons, *de l'existence* de signes de dégénérescence de toutes sortes, conclure à celle de tendances criminelles ; pas plus que, de ce qu'une personne descend de parents aliénés, de ce qu'elle porte de nombreux stigmates, nous n'en ferons une aliénée.

Tout criminel est le produit de la prédisposition et de l'éducation, du facteur individuel d'un côté, de conditions sociales d'autre part. Le mécanisme précis et les lois du concours de ces éléments nous échappent. Force est de se borner à diviser les criminels en : criminels par hasard ; criminels passionnels ; criminels d'occasion ; criminels par préméditation, criminels récidivistes ; criminels d'habitude ; criminels professionnels.

II

Quoi qu'il en soit, y a-t-il des *moyens de combattre le crime* ? Quels sont-ils ?

La statistique nous révèle le flux montant d'individus qui sont socialement dangereux. Si cette invasion a un peu diminué pour les adultes, elle a augmenté pour les jeunes gens. Elle montre, en outre, la statistique, que l'espoir de sauver le criminel, mince à ses premières condamnations, est certainement nul à la 3e ou à la 4e. Elle montre enfin que la chute dans le gouffre s'effectue généralement en très peu de temps et que *notre système pénal est impuissant à arrêter la corruption progressive*. La prodigieuse armée des malfaiteurs vit plus ou moins aux dépens des citoyens paisibles dont les ressources s'épuisent d'années en années à construire prisons, maisons de correction et à entretenir des détenus. Que de ruines accumulées par eux ! En 1899, il a été réprimé 710.564 actes criminels ou délictueux ; 234.248 vols, filouteries, détournements ; il a été souillé 785 enfants de moins de 14 ans ; il a été commis 91.744 agressions, représentant 669.512 journées d'incapacité de travail, et, probablement, 500 morts, 1250 blessures graves.

L'insécurité publique est donc notoire. La lutte contre l'alcool ; le développement de l'assistance publique ; le sauvetage des enfants par des établissements d'éducation, l'assistance familiale, les sociétés de patronage ; la tutelle sociale des détenus libérés ; le relèvement du sens moral par l'énergie de la police à rechercher et à poursuivre les coupables, par la presse qui devrait s'abstenir de publier les faits divers criminels, par la famille, par l'église, par l'école ; tels sont les premiers moyens à mettre en œuvre.

Tout en éprouvant quelque peine à définir mathématiquement le libre arbitre et la responsabilité morale de l'individu, on est obligé d'admettre *la responsabilité sociale*. L'Etat n'est-il pas dans la nécessité de se préserver lorsqu'une affection mentale supprime tout sentiment de réprobation contre l'aliéné ? N'existe-t-il pas un sentiment universel du bien et du mal qui domine l'homme normal et, souvent aussi, le fou le plus fanatique ? Personne, en réalité, n'est heurté lorsque l'Etat s'arroge le

droit de punir ; alors même que nous considérerions le caractère du coupable comme indépendant de sa volonté, notre sympathie pour lui en ce cas ne saurait dégénérer en faiblesse, parce que le droit de la collectivité prime le droit de l'individu. « De même que le regret d'avoir à « sévir contre un aliéné n'empêche pas de le séparer de « la société, de le priver de sa liberté, de même que nous « nous préservons le public de la contagion de la lèpre, « de même notre manière d'agir vis-à-vis des individus « dangereux au point de vue social doit nous être dictée « par l'obligation de préserver nos biens, notre vie, notre « honneur. »

Mais encore faut-il qu'en punissant nous assurions la sécurité publique et soyons certains d'améliorer le criminel. Or, aucune des peines usitées jusqu'alors n'a rempli ce double but. Il est impossible de proportionner le châtiment à l'importance de la culpabilité objective ; il est impossible, ainsi que le font comprendre les causes du crime, d'intimider suffisamment par le châtiment actuel pour empêcher la récidive. Il faudrait rendre le criminel inoffensif en l'améliorant, aplanir ses défauts d'éducation et sa prédisposition, lui inculquer des éléments de raisonnement différents. Qu'on base d'abord la loi future sur *l'individualisation des peines à la qualité des coupables* ! Ainsi, la surveillance de la haute police, appliquée surtout aux mendiants, vagabonds, ivrognes, prostituées, qui peuvent alors être réintégrés en prison sans autre forme de procès, s'adapte à ces débiles physiques et mentaux, mais à la condition qu'on y adjoigne les sorties et congés à titre d'essai pour ceux qui tendent à s'améliorer. Le travail commun, bien supérieur à la détention, parce qu'il est plus cuisant à ceux contre lesquels il est dirigé, permet l'adaptation des forces à la quantité de travail à fournir. La réprimande, destinée aux jeunes gens de 12 à 18 ans, se conçoit à la condition qu'on n'emploie pas l'appareil cérémonieux du tribunal sur un piédestal. Enfin, la privation de la liberté n'est efficace que si elle n'est pas mécaniquement, automatiquement, aveuglément exécutée : il faut laisser au fonctionnaire du service pénitentiaire la latitude de la graduer au *prorata* de l'amélioration du criminel, sauf à éliminer définitivement de la société celui qui se montre inaméliorable.

Le principe des dommages et intérêts, des condamnations conditionnelles, des libérations à titre d'essai, doit former justement la base de la législation de l'avenir.

Par le *dommage et intérêt*, l'on tient compte de l'individu lésé, et de l'esprit, équitable en l'espèce, de la peine du talion. C'est tout à fait ce qu'il faut pour les petits délits ; il convient encore aux coups et blessures, aux attentats contre les personnes et les propriétés. Le criminel d'habitude comprendra parfaitement cette pénalité le criminel d'occasion subirait strictement les effets du tort commis. Il suffirait d'accommoder le droit criminel au droit civil.

La *condamnation conditionnelle* correspond à ce fait que les natures instables sont plus préservées de la récidive par la menace de la peine suspendue sur leurs têtes que par la pénalité effective. Elles savent qu'on leur laisse un temps d'épreuve pendant lequel elles se peuvent relever. Mais il faut que ce temps soit au moins d'un an pour les fautes minimes et qu'il ne soit pas inférieur à 3 ans pour les fautes graves. Les récidivistes endurcis s'affirment alors comme non-valeurs.

Non moindre apparaît l'efficacité des *libérations à titre d'essai.* Les coupables sont, comme dans les condamnations conditionnelles, l'objet d'une incessante veillance. Dans les deux cas s'il n'y a pas amendement l'individu est appréhendé, même lorsque la durée de peine prononcée se trouve écoulée. Plus longue sera le droit de réintégration, plus il sera facile de séparer les améliorés des dangereux. Ce droit devra être d'au moins 3 ans au regard des condamnés pour la première fois ; de 5 ans, pour les multirécidivistes. Mais, au fait, pourquoi ne pas *abroger* tout de suite *la fixation de la durée des pénalités* ? Adapter la peine à l'individu et en supprimer l'évaluation en durée, voilà le nerf de la *prophylaxie du crime*. Puisque le juge est incapable de peser à première vue la pénalité due à chaque espèce, puisque, par un contraste choquant, le fonctionnaire du service pénitentiaire, qui vit avec le condamné, a seul la compétence expérimentale propre à apprécier la nature du coupable et les conditions dans lesquelles il est devenu criminel, propre à prévoir par suite le danger que cet homme ferait véritablement courir à la sécurité publique il n'y a plus qu'à condamner le criminel *sans fixer le temps de sa pénalité*, et à le condamner conditionnellement. Le criminel saura que de lui, de son amélioration dépendra son sort. Si tous les efforts échouent, on l'éliminera sans scrupule de la Société. Un mode d'assistance sérieux et de longues années de culture lui montreront la voie à suivre.

Voici comment pourraient être imaginées les fonctions de chacun.

Le *juge* tenant compte des causes apparentes des crimes, analysera l'état mental des sujets. Il prononcera également dans quelles conditions il y aura lieu d'appliquer les dommages et intérêts et veillera au droit strict de celui qui a été lésé. Il décidera du cas où, au lieu d'un jugement définitif, on peut espérer davantage d'une éducation et d'un traitement que d'une peine. Naturellement, pour remplir cette tâche, il aura dû faire auparavant un stage dans les établissements pénitentiaires, afin de s'y familiariser avec tout ce qui concerne les pénalités et la nature des criminels ; il aura en effet à établir par des rapports si le criminel peut bénéficier de la libération définitive ; il devra surveiller l'application de la peine et résoudre l'avenir du détenu.

Réciproquement, le *fonctionnaire du service pénitentiaire* sera préparé à sa mission de modificateur, de réformateur mental, par des études juridiques et psychologiques approfondies, de façon à surveiller l'exécution de la peine transformée en épreuve d'amélioration.

De cette intime collaboration des magistrats à divers degrés et des fonctionnaires des services pénitentiaires, M. Aschaffenburg augure une source de progrès au profit de la réforme bienfaisante de l'insociable.

Un mot enfin sur le régime applicable à la jeunesse, aux individus à responsabilité atténuée ; aux buveurs.

Qu'il s'agisse d'*enfants* n'ayant pu résister à une occasion particulièrement séduisante, non corrompus, ou d'enfants ayant grandi dans un milieu criminel dès la prime jeunesse, six points semblent irréfragables : 1° à la jeunesse corrompue, il faut, soit *l'éducation correctionnelle*, soit *l'éducation préventive*, même quand elle n'a pas commis d'infraction aux lois pénales ; 2° il n'y a pas lieu de punir tant que le sujet n'a pas terminé sa 16e année ; 3° les débats ne doivent pas être publics ; 4° il y a toujours avantage à recourir à l'éducation préventive de préférence à une peine ; 5° a-t-on affaire à des légers délits, il vaut mieux remettre l'expiation à la fin de la 21e année et faire grâce à celui qui se conduit bien ; 6° En cas de récidive, le condam-

né sous condition sera soumis à l'éducation préventive.

Les *individus à responsabilité atténuée* devront encourir non une atténuation de la peine, mais une pénalité spéciale, un mode spécial d'expiation. La plupart d'entre eux relèvent d'un *établissement intermédiaire à la maison de correction et à l'asile d'aliénés*, où prédomine l'influence du médecin. Au *vagabond*, qui, le plus habituellement, est un *minus habens*, au double point de vue physique et mental, qui, d'ailleurs, généralement, travaille bien dans un asile d'aliénés, il faudrait un *asile spécial largement muni d'ateliers* ; ces sujets compensent pour la plupart par leur travail ce qu'ils coûtent à l'Etat.

Reste le *buveur*. Tout buveur qui, interné dans un asile d'aliénés pour delirium tremens, est, dans la vie ordinaire, crapuleux et violent à l'égard des siens, des voisins, des agents de la force publique, devrait, par décision du Tribunal, être placé dans un *asile de traitement pour buveurs*, et, s'il est incurable, dans un *asile de détention pour buveurs*. La même manière d'agir s'impose pour les aliénés dangereux et les récidivistes invétérés (1).

Nous avons résumé le programme de l'auteur. Nous l'avons rédigé en conservant le plus possible le texte de son ouvrage. Si cette rédaction est entachée de quelque longueur, c'est que le sujet nous a paru digne d'attirer l'attention de ceux qui pensent que tout n'est pas pour le mieux dans le meilleur des mondes.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les réformes sanitaires dans l'armée

Recrutement et répartition des médecins militaires.

(4e ARTICLE.)

J'ai démontré dans un précédent article la nécessité d'un recrutement spécial d'agents subalternes du service de santé, le besoin pour l'armée d'avoir des établissements hospitaliers réservés aux soldats, soignés uniquement par un personnel militaire. Je me propose d'examiner le mode de recrutement de ce personnel médical et son emploi dans l'armée.

La loi sur le service de deux ans donne à cette question un intérêt tout spécial, puisqu'elle permet de rechercher le moyen d'utiliser les étudiants en médecine au mieux de leurs études, tout en respectant le prétendu principe égalitaire de cette loi. Je crois que jusqu'ici on a fait une profonde erreur, en forçant les étudiants en médecine à n'être que de pseudo-soldats, en interrompant leurs études sans profit pour eux et pour l'armée. Car, en général, ils rapportent de ce temps de service fait à contre-cœur, un dégoût et un esprit critique, tout à fait l'opposé de cet esprit militaire bien compris, nécessaire pour accomplir plus tard le service qu'on leur demandera dans l'armée de seconde ligne.

Je considère comme un sentiment faux de la justice, comme contraire à la raison, d'employer ces étudiants à des occupations dont ils n'ont aucun besoin pour leur instruction technique, tandis que l'on accordait aux élèves de Centrale, de Forestière, l'avantage de servir un an en qualité d'officiers. La loi doit être conçue dans un esprit plus large L'égalité doit être dans la somme de travail utile exigé pour le service du pays, quelle que soit la façon dont il sera accompli, pourvu que la nation en retire le meilleur profit.

Chacun doit être employé dans la fonction qui est le plus en rapport avec ses aptitudes et son éducation. En partant de ce principe, nous demanderons que les étudiants en médecine soient autorisés à contracter des engagements, dès leur première année d'études, dans les sections d'infirmiers organisées comme nous l'avons indiqué, c'est-à-dire dans les hôpitaux de corps d'armée, possédant une école d'infirmiers. Ils seront astreints comme leurs camarades à suivre les cours et à assurer le service hospitalier. A la fin de leur première année, ils subiront les examens dont nous avons parlé. Ceux qui obtiendront un maximum de points équivalents à la note *bien* et dont la conduite aura été exemplaire, recevront un congé temporaire et seront renvoyés dans leurs foyers pour y poursuivre leurs études ; mais ils resteront à la disposition du directeur du service de santé qui pourra les convoquer, s'il était nécessaire, et sera tenu au courant de leur assiduité scolaire. Ils devront, en outre, dans l'année qui suit leur envoi en congé, assister à une période de manœuvres du service de santé.

Quant aux étudiants qui ne voudraient pas bénéficier de cette mesure et qui désireraient continuer leur carrière dans le corps de santé, ils termineront leurs années d'études scolaires dans les hôpitaux militaires de Paris, Lyon, Nancy, Montpellier ou Bordeaux. Ils seront autorisés à suivre les cours de la Faculté ; mais ils devront assurer le service de l'hôpital militaire et assister à des conférences et interrogations faites par les médecins de cet hôpital.

A la fin de leur scolarité, les étudiants civils devront compléter leur deuxième année de service, en qualité de médecins-adjoints de 2e classe de réserve et seront mis à la disposition du service de santé du corps d'armée qui les répartira suivant les besoins du service.

Quant aux étudiants militaires, s'ils ont satisfait à leurs examens de scolarité et n'ont pas subi deux échecs successifs, ils sont également répartis dans l'armée dès qu'ils ont obtenu le titre de docteur, et nommés médecins-adjoints de 2e cl. Au bout de deux ans, ils sont promus à la 1re classe de ce grade. Après deux ans de service comme médecins adjoints de 1re cl., ils seront autorisés à concourir pour entrer à l'Ecole supérieure de médecine militaire du Val-de-Grâce, où ils resteront un an, et suivront des cours de perfectionnement portant surtout sur les questions spéciales à la médecine d'armée : blessures de guerre et médecine opératoire, cliniques spéciales, épidémio-

(1) Qu'on veuille bien comparer avec les idées de notre rapport sur les mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels. *Congrès de Pau*, août 1904. P.K.

logie, législation et tactique du service de santé. Cet enseignement sera théorique et pratique, c'est-à-dire que les médecins adjoints devront être de véritables assistants des professeurs, les suppléant dans leur service d'hôpital, les aidant dans les opérations et opérant eux-mêmes quand le chef de service le jugera convenable et possible.

Après cette année d'enseignement supérieur, les médecins adjoints élèves de cette sorte d'Académie de médecine militaire subiront un examen. Ceux-là seuls qui auront obtenu le nombre de points fixé seront classés et reconnus aptes au choix.

Les candidats n'ayant pas satisfait à ces épreuves, seront autorisés, sans toutefois demeurer à l'Ecole, à se présenter deux ou plusieurs années de suite aux examens des promotions suivantes, et, en cas de succès, seront classés sur la liste des candidats susceptibles d'être promus au choix, dressée chaque année à la suite de ces examens. Les médecins-adjoints qui après les épreuves, n'auraient pas été admis, ne seront susceptibles que de l'avancement à l'ancienneté pour le grade supérieur, qu'ils ne pourront dépasser, les emplois supérieurs devant être réservés aux médecins portés sur les listes de choix.

Les grades supérieurs comporteront :

Le grade de : médecin de 3e cl.
— médecin de 2e cl.
— médecin de 1re cl.
— médecin inspecteur.
— médecin inspecteur général.

L'avancement sera ainsi établi :

Pour le grade de médecin de 3e cl. : moitié au choix, moitié à l'ancienneté.

Pour les autres grades, l'avancement aura lieu uniquement d'après les listes de choix établies chaque année à la suite des concours indiqués et en suivant l'ancienneté de ce choix. Toutefois il y aura un tour hors choix pour les candidats justifiant de titres scientifiques exceptionnels (professorat du Val-de-Grâce ou des Universités ; récompenses pour découvertes scientifiques ou travaux notoires ; titres de guerre).

Je ne crois pas à la nécessité d'une assimilation avec les grades de l'armée. Dans les conditions d'indépendance que j'ai réclamées pour les médecins militaires, cette assimilation n'a pas d'avantages ; elle susciterait des jalousies qu'un avancement plus rapide ferait naître. Nous voulons, pour que le médecin conserve plus facilement son indépendance, qu'il soit considéré surtout comme un médecin jouissant sous ce rapport d'avantages particuliers, lui permettant d'arriver assez rapidement à une position en rapport avec ses études et avec la dignité de sa profession. Dans ces conditions voici ce que nous proposons :

Médecins adjoints de	2e cl.	Solde de	lieutenant.
—	1re cl.	—	capitaine.
Médecins de	3e cl.	—	commandant.
—	2e cl.	—	lieut.-colonel.
—	1re cl.	—	colonel.
Médecin inspecteur		—	général de brigade.
Médecin inspecteur général		—	général de division

Examinons maintenant de quelle façon ce personnel pourra être employé au mieux des intérêts du service.

Dans les premiers articles de ce travail, j'ai exposé les raisons pour les lesquelles on ne devait pas, à mon avis, admettre des catégories de médecins, les uns chargés uniquement du service régimentaire, les autres du service hospitalier. Je ne crois pas, quoiqu'on ait dit, qu'il soit bien utile de confier toujours le même service aux mêmes médecins, sous prétexte qu'ils connaîtront mieux les hommes, et seront mieux connus par eux ; qu'ils seront plus au courant des conditions hygiéniques de la garnison. Je ferai observer tout d'abord que leurs clients ne seront jamais les mêmes, puisqu'ils resteront à peine deux ans au régiment ; que les conditions hygiéniques de la localité ne seront pas chose nouvelle pour eux, puisque les rapports annuels conservés dans les archives des infirmeries, leur permettront de profiter à ce sujet de toutes les observations recueillies par leurs devanciers. J'en conclus qu'il est peu important qu'un médecin demeure pendant plusieurs années attaché à un même régiment. Quant à l'esprit de solidarité et de confiance qui résulterait, dit-on, d'une longue cohabitation avec les officiers de son régiment, je n'en vois pas les avantages, et j'en ai constaté les inconvénients dans bien des cas, où le médecin restait trop le subordonné de son colonel. Je veux que cet esprit de solidarité né d'une longue pratique de la vie en commun soit le résultat non pas de ce fait, mais de l'estime que le médecin doit inspirer par son savoir et la dignité de sa vie. Or, j'ai dit pourquoi je croyais que cette dignité ne pouvait aller sans son indépendance.

Je ne suis pas non plus partisan de l'ancien mode d'avancement qui n'était accordé dans les hauts grades qu'aux seuls médecins ayant subi le concours pour les hôpitaux. J'en puis parler tout à mon aise, puisque j'ai appartenu à cette série de privilégiés ; et bien que j'aie blâmé la décision prise autrefois de supprimer brusquement le concours, et de priver ainsi les candidats des avantages qu'ils avaient antérieurement acquis, je déclare que le mode d'avancement n'était pas tout à fait légitime, puisqu'il subordonnait trop le recrutement des hauts grades à des chances de réussite quelquefois trop faciles en raison du nombre restreint des concurrents, des facilités de travail suivant les ressources de la garnison en richesses universitaires. J'ajoute, qu'étant donné ce fait que les médecins des régiments sont chargés du soin de leurs malades dans les hôpitaux mixtes, on ne comprendrait pas pour quelles raisons, ils ne les soigneraient pas aussi bien dans les hôpitaux militaires proprement dits ; pourquoi on les déprécierait aux yeux de l'armée, parce qu'ils n'ont pas acquis un titre scientifique qui peut être pour leurs camarades une preuve de leur valeur, mais qui n'est pas une preuve de leur incapacité, puisqu'on les juge aptes à faire un service hospitalier, alors même qu'ils ne l'ont pas obtenu. En revanche, la mesure que j'ai proposée plus haut, c'est-à-dire le classement au choix pour les grades supérieurs de tous les médecins ayant subi un concours pour suivre les cours du Val-de-Grâce, devenu une sorte d'Ecole supérieure, d'Aca-

*

démie de la médecine militaire, permettra d'assurer un recrutement offrant toutes les qualités voulues de science et d'expérience. On remarquera que cette mesure ne fermera pas la carrière aux médecins en cas d'échec. Elle les retarde simplement, en cas d'échecs successifs, pour l'obtention du grade de médecin de 3e classe, qui constitue déjà une position enviable, permettant à ceux qui ne pourront atteindre plus haut d'arriver néanmoins à une situation en rapport avec la moyenne de celles qu'on acquiert dans la vie courante. Quant aux sujets véritablement d'élite, elle leur permettra d'obtenir rapidement la position qu'ils méritent par leur travail, leurs aptitudes scientifiques, les services rendus.

Le mode de répartition des médecins militaires dans les corps d'armée sera donc basé sur les principes que nous venons d'exposer. Les médecins adjoints de 2e classe de réserve astreints à une année de service seront employés au service régimentaire et hospitalier. Ils assisteront les médecins militaires dans les conseils de révision, de réforme ; mais jamais on ne les placera à la tête d'un détachement ou d'un groupe isolé. De cette façon, ils pourront se mettre au courant de tout ce qui concerne le service des troupes : questions de casernement, de recrutement, de pensions. Je crois qu'il serait utile que, dans les garnisons importantes tout au moins, on instituât des conférences sur les questions techniques (blessures de guerre, maladies des armées) et administratives (règlements, matériel, embarquement) intéressant le service de santé. A ces conférences seraient convoqués les médecins du cadre de réserve et de la territoriale.

Les médecins adjoints de 2e classe du cadre actif seront répartis dès leurs nomination dans les hôpitaux de Paris, Lyon, Nancy, Lille, Bordeaux, Montpellier, Marseille, Toulouse, afin qu'ils puissent se perfectionner dans l'étude des questions spéciales à la médecine militaire, et profiter en même temps des ressources scientifiques de ces universités. Ils y passeront deux années. Dès leur nomination à la 1re classe, ils quitteront le service hospitalier pour être chargés des fonctions régimentaires : visites des corps de troupes et infirmeries. Le service des unités détachées devra être surtout confié à des médecins adjoints ayant subi l'examen supérieur. Ces derniers seuls pourront également être chargés d'un service d'hôpital sous la direction d'un médecin-chef.

Les médecins de 3e classe seront répartis autant que possible dans le chef-lieu de la brigade pour assurer et surveiller le service. Ils auront la direction de l'hôpital ou seront chargés d'une division de malades, si le chef-lieu de la brigade siège dans la même ville que la division ou le corps d'armée.

Les médecins de 2e classe seront, également, quand la mesure pourra être prise, placés auprès du général de division, afin d'assurer dès le temps de paix les fonctions qu'ils doivent remplir en temps de guerre. Médecins-chefs de l'hôpital, si le siège de la division n'est pas au corps d'armée, ils seront, au cas contraire, employés en sous-ordre dans l'hôpital du corps d'armée.

Enfin les médecins de 1re classe seront employés comme directeurs du service de santé du corps d'armée, mais ils seront en même temps médecins-chefs de l'hôpital. Je considère, en effet, comme tout à fait illogique, qu'un médecin parvenu à l'âge où son savoir et son expérience ont acquis toute maturité, cesse de faire acte de médecin pour se confiner dans des fonctions d'administrateur. Avec la situation faite actuellement aux directeurs, il est difficile, j'en conviens, qu'un médecin remplisse à la fois ces deux fonctions. Mais je dirai plus loin comment il est possible de ne laisser au directeur que des fonctions purement techniques.

Quant aux médecins-inspecteurs, ils seront chargés de l'inspection de deux corps d'armée. Ces inspections n'auront aucune époque fixe. Elles auront lieu toute l'année, et par intervalles espacés.

Le rôle des médecins généraux est un rôle de consultants. Ils forment auprès du ministre une sorte d'aréopage, de missi-dominici que le ministre peut envoyer en mission, quand la chose est nécessaire. Le directeur de l'Ecole supérieure du Val-de-Grâce doit être un inspecteur général. Je crois qu'il serait utile également de donner ce titre à quelques notabilités scientifiques, et d'en faire des médecins ou des chirurgiens consultants, mis à la disposition du ministre en cas de guerre, ainsi que cela se pratique en Allemagne.

L'exposé que je viens de faire du mode de répartition des médecins militaires dans l'armée montre que les modifications proposées reposent sur des grandes bases qu'on peut indiquer en quelques lignes :

Création d'un corps de santé ayant véritablement la direction du service sous l'autorité du ministre ou de son délégué, le général de corps d'armée ; commandant à tout son personnel subalterne, qu'il est chargé d'instruire et de perfectionner sans cesse. Augmentation du personnel médical dans les grades inférieurs par l'emploi de médecins de réserve pendant un an. Facilité de remplir ainsi tous les emplois subalternes et d'assistance pour le personnel supérieur des régiments et hôpitaux. Utilisation des médecins du cadre actif suivant leur expérience et leur savoir, en ayant soin autant que possible de confier à chaque médecin la fonction que son grade lui permet de remplir (médecin de brigade, de division ou de corps d'armée), afin qu'il puisse surveiller tout le service de l'unité à la tête de laquelle il est placé.

Je sais bien que ces bases ne sont qu'une ébauche ; que, pour faire marcher toute la machine, il faudra étudier d'autres rouages ; établir le total de l'effectif, de façon à ce qu'il n'y ait pas superfétation dans certains cadres, pénurie dans d'autres ; règler l'avancement dans de justes limites. Il faut également adapter sur ces bases tout le service de la mobilisation de manière à assurer pour le temps de guerre un effectif bien plus considérable dans les différents emplois.

Je crois que cette question sera plus facile à solutionner qu'auparavant, si l'on veut bien considérer que l'éducation de nos confrères civils étant beaucoup plus complète au point de vue militaire, on pourra leur confier des emplois qu'on hésitait autrefois à leur donner, et si l'on règle leur avancement sur des bases

plus logiques, ne laissant pas à leur choix le concours pour des grades supérieurs, mais leur permettant l'accès à ces grades suivant certaines règles à examiner.

Je crois également que, dans la question de l'effectif du corps de santé, il faudra tenir compte de la suppression de certains emplois, pouvant être remplis par des médecins militaires en retraite. Je ne vois pas pourquoi on ne leur ferait pas les mêmes avantages qu'aux autres officiers qu'on place dans les Ecoles, comme bibliothécaires, trésoriers, etc., ou dans les conseils de guerre ; pourquoi on ne les chargerait pas du service médical dans des postes sédentaires, les écoles par exemple ; qui demandent plus d'expérience, de savoir, de tact : que de force physique ou d'énergie militaire.

J'ai dit plus haut que les médecins, à partir du grade de médecin de 1re classe devaient avoir la chefferie du service hospitalier, et que, dans les corps d'armée, ils joindraient à ces fonctions celles de directeur. Je veux revenir sur cette question, puisqu'elle me permet de parler d'un débat qui a surgi dans ces derniers temps : celui de savoir quelle autorité administrative, militaire ou médicale, doit commander dans un hôpital. La solution mérite d'être étudiée, non pas de la façon employée par une certaine presse, plus habituée à injurier ses adversaires qu'à défendre ses théories par des arguments ou des faits puissamments raisonnés. Je n'admets pas ce genre de discussion ; je crois que le journalisme, s'il veut rester ce qu'il doit être, c'est-à-dire, le propagateur de la vérité et de la justice, l'enquêteur de toutes les solutions pouvant amener l'amélioration de l'état social, doit éviter les personnalités et les injures pour ne s'appuyer que sur le bon sens et la recherche du vrai, quelle que soit sa source, même chez son adversaire. Je suis d'autant plus à l'aise pour parler de cette question, qu'ayant été dans les hôpitaux quand ils étaient sous la surveillance de l'intendance, puis plus tard, quand le service de santé en prit la direction, j'ai pu constater les abus qui existaient, chercher à les faire disparaître ; et qu'il me serait facile de révéler certains faits condamnant l'ancien mode de direction, tandis que je ne crois pas que, même parmi mes adversaires, même parmi les mécontents que j'ai pu faire, en exigeant beaucoup pour corriger certains de ces desiderata, personne d'entre eux n'aura le droit de me reprocher un acte d'injustice, d'autocratie, de faiblesse ou de nonchalance dans l'accomplissement d'une tâche quelquefois très difficile. Je demande pardon à mes lecteurs de me mettre ainsi en avant, mais je le fais pour ceux qui seraient tentés de me répondre de la façon dont ils l'ont fait jusqu'ici en fouillant dans le passé de leurs adversaires, sans crainte de les injurier ou de les calomnier. Ceci dit, je déclare que, pour moi, la direction des hôpitaux militaires doit être laissée aux médecins, mais avec quelques modifications.

Le médecin-chef d'un hôpital doit seul commander, parce qu'il est juste que celui qui a la responsabilité d'un service en ait aussi la direction. Or, quoiqu'on dise, la chose importante d'un hôpital, le rouage prépondérant, ce n'est ni la surveillance du matériel ou des dépenses, ni la police militaire, mais l'impulsion donnée à tout le service hygiénique et thérapeutique. Et ne semblerait-il pas illogique que ces mesures ne pussent être prises que sur l'assentiment d'un officier de corps de troupe ou d'un comptable, qui pourraient en entraver l'exécution suivant leur bon plaisir ? Le médecin militaire n'est-il pas sous les ordres du général de corps d'armée ? N'est-il pas responsable auprès de lui ? Pourquoi serait-il nécessaire de placer à ses côtés un officier représentant l'autorité militaire ? Quant à donner au comptable la direction, sous prétexte que, dans les hôpitaux civils, cette mesure est adoptée, la solution ne vaut pas mieux. A quel titre aurait-il cette direction ? Je n'en vois aucun. En raison, dit-on, du commandement de la section des infirmiers ? mais j'ai démontré qu'il fallait s'écarter de cette idée de faire des infirmiers des pseudo-militaires, pour revenir à celle plus logique de constituer un corps réellement médical, instruit par des médecins, dressé et commandé par eux.

Quant aux questions d'administration, le comptable et le trésorier de l'hôpital s'en occuperont, comme dans un régiment le capitaine d'habillement et le trésorier. Aussi bien, on nous a parlé dans quelques journaux de ce qui se faisait à l'étranger, mais on ne nous a pas dit que dans ces hôpitaux, les comptables n'étaient que de simples fonctionnaires : les uns employés comme trésoriers, les autres chargés du matériel. Voici donc la solution que je crois devoir proposer. Dans chaque hôpital, le médecin-chef aura la direction et le commandement de tout le personnel. Il sera assisté pour toutes les questions administratives d'un Conseil d'administration composé du médecin-chef président ; du plus ancien médecin en sous-ordre, vice-président ; du comptable et du trésorier. L'un de ces fonctionnaires aura la charge de tout le matériel ; l'autre celle de toutes les dépenses, comme solde et alimentation des malades. Ils seront assistés par un certain nombre de sous-officiers d'administration ou d'officiers subalternes, recrutés parmi ces derniers. Les comptes des hôpitaux, des infirmeries de garnison, des magasins d'approvisionnement seront centralisés au corps d'armée, non plus à la direction du service de santé ; mais dans un bureau spécial faisant partie de l'Etat-major.

Le bureau ne sera qu'un bureau de vérification, n'ayant aucun droit de veto, puisque les dépenses, en dehors des cas prévus par les règlements, ne pourront être faites que sur autorisation du directeur du service de santé après approbation du général commandant le corps d'armée. Cette manière de faire permettrait d'enlever aux directeurs toute la partie administrative qui les occupe inutilement et les place trop sous la dépendance de l'officier comptable, chef de bureau, qui dans certaines directions a fini par prendre une situation trop prépondérante, au point d'être immiscé dans les notes données aux médecins et à toutes les questions techniques qui ne le regardent nullement.

Je ne crois pas me tromper en affirmant que les directeurs pourraient de cette façon s'occuper du service de l'hôpital et de celui de la direction, à laquelle ils consacreraient dans la journée 2 ou 3 heures pour

répondre aux demandes qui leur sont adressées soit par l'autorité militaire, soit par leurs subordonnés. En même temps, on ne pourra plus leur objecter qu'en s'occupant de l'hôpital, ils sont juge et parti dans l'ordonnancement et la justification des dépenses, puisque les dépenses engagées sous la responsabilité du conseil d'administration ne seront plus ordonnancées par eux, mais par l'état-major du corps d'armée, qui peut seul également les ordonner, s'il les juge nécessaires, après avis préalable de la direction. Je pense que cette solution de la question peut satisfaire les parties intéressées, les officiers d'administration qui, renonçant à des visées, ambitieuses, exagérées, que rien ne justifie et qui sont contraires à la raison, n'auront pas plus le droit de se plaindre d'être sous les ordres d'un médecin-chef, président du Conseil d'administration de l'hôpital, qu'un capitaine d'habillement ou un trésorier n'ont l'idée de s'insurger contre le chef de corps d'une unité combattante. Ils auront également satisfaction, puisque, n'étant plus, dans la direction, chargés d'une fonction que seuls ils peuvent remplir, ils deviendront les chefs d'un bureau indépendant placé sous l'autorité directe du général commandant le corps d'armée, mais ne pouvant de ce fait apporter aucun impedimenta susceptible de contrecarrer la responsabilité du directeur ou des médecins-chefs.

Telle est, à mon avis, la manière de voir qu'il faut adpoter et la thèse qu'on doit soutenir. Je fais appel à tous les hommes de bonne foi qui pensent que la vérité n'est pas la propriété d'un parti, mais qu'elle est renfermée par parcelles dans toutes les opinions, pourvu qu'elles soient sincères, basées sur la raison, l'expérience et le respect des droits de chacun.

A. Demmler.

Ouverture de cours.

Clinique des maladies mentales : M. le Pr JOFFROY.

Si M. Joffroy a choisi l'alcool comme sujet de sa leçon d'ouverture, c'est que ce poison est toujours d'actualité, tant par le nombre de ses victimes que par les discussions entre les industriels producteurs d'alcool, soutenus par l'Etat, percepteur d'impôts, et les médecins, seuls véritables défenseurs de l'intérêt social.

L'alcool est un aliment, le fait est admis depuis plus de 40 ans. Mais c'est un mauvais aliment, puisqu'à production égale de calories, il ne produit pas autant de travail physique ou intellectuel, qu'un autre aliment. En outre, la dose qu'on croit normale et inoffensive est très capable de produire l'intoxication chez un grand nombre de prédisposés.

Et qu'on ne vienne pas, pour défendre l'alcool, accuser exclusivement des impuretés (aldéhyde, furfurol, etc.), ou les essences (absinthe, etc. qu'on y ajoute. On est trop porté à attribuer à l'*aromatisme* de certaines liqueurs des accidents (épilepsie, etc.) que l'alcool éthylique le plus pur peut suffire à produire.

M. Joffroy passe en revue les lésions de l'intoxication aiguë par l'alcool et les lésions de l'intoxication chronique : appareils digestif, cardio-vasculaire, respiratoire, rénal, génital, etc. Il rappelle l'action néfaste sur la descendance, si bien que des statistiques ont pu montrer que 60 familles alcooliques donnaient naissance à 60 épileptiques.

A défaut d'une classification plus rationnelle, on pourrait répartir les alcooliques suivant leur prédisposition congénitale en trois catégories sociales : les alcooliques des *hôpitaux*, les alcooliques des *asiles* et les alcooliques des *prisons*. Sans doute quelques-uns échappent à ce classement et, plus résistants à l'intoxication, évitent ces différents aboutissants et sont cités en exemple par les buveurs rebelles aux conseils médicaux. Il serait facile de leur répondre que telle dose, inoffensive chez tel individu exceptionnel, peut être très nocive chez d'autres sujets bien plus nombreux, dont la résistance est affaiblie par l'hérédité.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Necker : M. le Pr BERGER

Traitement des fractures et principalement des fractures articulaires.

Après avoir consacré quelques mots émus à la mémoire du regretté professeur Tillaux, le professeur Berger expose quelques points intéressants du traitement des fractures.

Ce traitement comprend trois parties. Il faut 1° réduire la fracture ; 2° la maintenir réduite ; 3° rendre au membre sa fonction.

La réduction exige la précision du diagnostic anatomique et pour cela, après un examen clinique minutieux, l'examen aux rayons Rœntgen pourra rendre de grands services. Récemment, deux méthodes nouvelles sont apparues, méthodes que certains chirurgiens voudraient voir remplacer les anciens modes de traitement : 1° la mobilisation et le massage immédiat qui, négligeant la reconstitution de la forme, s'adresse uniquement au rétablissement de la fonction ; 2° les différents procédés de suture osseuse qui ont pour but la restitution intégrale de la forme de l'os.

Chacune de ces méthodes a ses indications : le massage et la mobilisation devront être utilisés à un moment quelconque dans tous les cas de fractures, surtout articulaires, mais ce n'est que très exceptionnellement que leur emploi sera exclusif. Chaque fois qu'il y aura un déplacement, même minime, l'idéal sera l'application tres soignée d'un appareil de contention fréquemment renouvelée, combinée dès qu'on le pourra avec le massage et la mobilisation. La suture osseuse trouvera ses indications dans des cas bien limités de fractures ouvertes, de fractures avec grand déplacement impossible à corriger. Il ne faudra pas oublier que, dans des cas très nombreux, l'extension continue par l'appareil de M. Hennequin donne des résultats parfaits, particulièrement aux membres inférieurs. Malgré les grands services rendus par ces nouvelles méthodes, acquisitions précieuses pour la chirurgie, on ne devra pas laisser de côté les anciens appareils, dont l'utilité est le plus souvent primordiale.

Clinique des Maladies des voies urinaires : M. le Pr GUYON.

Variations de la virulence et chirurgie urinaire.

Après avoir exposé rapidement la statistique du service, M. le professeur Guyon montre que si le chirurgien ne peut détruire tous les microbes ou les empêcher de pénétrer, il peut néanmoins avoir la « main mise sur eux », il peut empêcher l'exaltation de leur virulence et

les rendre ainsi inoffensifs. S'appuyant sur les données expérimentales, l'opérateur s'adressera à un terrain résistant. Il opérera son sujet quand celui-ci aura un bon état général, à froid par conséquent. L'organe sur lequel il interviendra devra être mis dans les meilleures conditions possibles, la vessie, par exemple, devra être vidée et nettoyée parfaitement. Cet organe ne devra présenter aucun trouble fonctionnel; si ses fonctions physiologiques ne s'accomplissent pas spontanément, le devoir du chirurgien est de les faciliter : le cathétérisme, la sonde à demeure permettront, par exemple, l'évacuation permanente de l'appareil urinaire; le rein, l'uretère, la vessie ne seront ainsi jamais en tension.

Dans ses opérations, le chirurgien fera ses incisions, son drainage, ses sutures de la manière la plus judicieuse, emploiera d'une façon raisonnée les antiseptiques dans le but d'empêcher la constitution d'un milieu capable d'accroître la vitalité des microbes. En effet, il ne faudra pas seulement tenir compte de la résistance de l'organisme, de la résistance de l'assiégé, mais aussi de la force de l'assiégeant. La virulence du microbe peut s'accroître par l'adjonction, l'association d'autres microbes. Toutes les mesures qui empêchent les contaminations au cours des interventions et du traitement consécutif des sujets infectés doivent donc être prises avec le soin le plus méticuleux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 novembre 1904.

A propos des ruptures de la rate (suite).

M. Monod rappelle ses travaux faits en collaboration avec son élève, M. Vanverts, sur la splénectomie. Pour lui, il existe deux procédés opératoires permettant d'arriver sur la rate : le procédé lent, qu'il a préconisé et qui est de mise dans les kystes hydatiques ou les abcès froids ; le procédé rapide, celui de M. Auvray, dans les traumatismes, les hémorragies, etc.

M. Moty ne peut admettre l'hypothèse émise par M. Demoulin pour expliquer l'absence momentanée d'hémorrhagie dans les ruptures de la rate. Dans un cas personnel, où la rate s'était rompue complètement à l'union de son tiers inférieur avec le tiers moyen, l'autopsie a montré les deux surfaces de section recouvertes d'un enduit fibrineux, sans traces ni de sang ni de pus dans l'abdomen. C'était une rate palustre, dans laquelle la circulation était ralentie. M. Moty en conclut que, dans certains cas, l'hémostase est produite par l'écrasement du tissu splénique aboutissant à l'occlusion des vaisseaux ouverts.

A propos des sinusites frontales.

M. Sébileau dit que la condition indispensable de la guérison, c'est la destruction complète des fongosités.

Au point de vue clinique, il n'existe aucune donnée permettant de reconnaître l'envahissement des cellules ethmoïdales. M. Sébileau considère la destruction de l'arcade orbitaire comme déplorable au point de vue esthétique.

Son procédé personnel comprend : la trépanation de la paroi antérieure, la destruction intégrale des fongosités, le drainage par le canal infundibuliforme, la fermeture complète de la peau.

Il présente un malade chez lequel il a trépané, en deux fois, les deux sinus, et qui ne présente aucune déformation apparente. L. Kendirdjy.

Réunion plénière des trois sociétés, de Médecine de Paris, Médico-chirurgicale et de Médecine et de Chirurgie pratiques.

Séance du 26 novembre 1904. — Présidence de M. Tissier, de la Société de médecine de Paris.

AVIS. — En réponse à un certain nombre de nos collègues qui désirent des tirages à part de leurs travaux, nous dirons qu'ils peuvent toujours en avoir en s'entendant avec l'Administrateur du « Progrès médical », visible tous les jours, de 5 à 7 h., aux bureaux du journal, 14, rue des Carmes.

Complications et traitement de la blennorrhagie.

Trois rapports imprimés avaient été distribués aux membres des trois sociétés plusieurs jours avant la séance.

M. Minet, rapporteur de la Société de Médecine de Paris, avait intitulé son travail : *Complications de la blennorrhagie chez l'homme.*

M. Aversenq, rapporteur de la Société médico-chirurgicale, avait pris pour titre : *Traitement de la blennorrhagie.*

M. Verchère, rapporteur de la Société de médecine et de chirurgie pratiques, avait présenté le mémoire suivant : *Complications et traitement de la blennorrhagie chez la femme.*

La séance est ouverte à 4 heures.

M. le Président donne d'abord la parole à chacun des trois rapporteurs qui résument les conclusions de leur travail en y ajoutant quelques considérations complémentaires.

La parole est ensuite donnée aux orateurs, par ordre d'inscription (1).

M. Buret (*Société de médecine de Paris*). — J'ai lu avec le plus grand intérêt les trois importants mémoires qui nous ont été présentés, et je laisse à nos collègues urologistes, forcément plus compétents, le soin d'apporter la lumière dans ce débat. Toutefois, je vous demanderai la permission de dire quelques mots à l'occasion du rapport de M. Verchère, sur les extensions — je ne dis pas « complications » — de la blennorrhagie chez la femme, ce terrain, au point de vue scientifique, m'étant plus familier.

C'est avec plaisir que j'ai vu notre excellent collègue s'élever contre la tendance de la plupart des chirurgiens actuels à ouvrir des ventres sous le moindre prétexte. Il est bon de réagir contre ce *prurigo secandi*, et M. Verchère met en fait que, dans bien des cas de salpingite superficielle, non douloureuse, sans réaction, on aurait pu se dispenser d'enlever les trompes et les ovaires. En effet, dit l'auteur, en guérissant l'endométrite, on fait disparaître le plus souvent la salpingite. Nous enregistrons cette heureuse déclaration et croyons utile de la souligner, car beaucoup d'entre nous ont été entretenus dans cette idée que la salpingite gonococcique ne pouvait guérir que par l'ablation des annexes.

Maintenant mon excellent collègue et ami Verchère me permettra de lui demander quelques explications. A la page 115 de son rapport, je lis cette phrase qui m'a rendu rêveur : « *L'endométrite cervicale ou totale est, si j'ose dire, presque toujours d'origine blennorrhagique* ». Je ne sais si j'ai bien sais la pensée de l'auteur, mais je suis perplexe. Qu'il en soit ainsi pour la clientèle de Saint-Lazare, je l'admettrai volontiers ; mais que tout écoulement leucorrhéique soit presque fatalement une culture de gonocoques, voilà qui me déconcerte. Aussi demanderai-je à M. Verchère s'il a pu, grâce à l'examen histologique, établir un pourcentage aussi inquiétant dans sa clientèle de la ville.

(1) La longueur de certains mémoires et les nécessités de la mise en pages n'ont pas permis d'insérer dans ce numéro la totalité des mémoires, d'autant plus que trois manuscrits seulement sont arrivés en temps utile ; le reste, c'est-à-dire le plus grand nombre, ne sont pas encore parvenus au secrétariat ; ils seront publiés ultérieurement.

J'avais toujours cru que, en dehors de la blennorrhagie, les métrites avec écoulement leucorrhéique plus ou moins abondant, reconnaissaient pour cause le lymphatisme, la scrofule, la tuberculose, les suites de couches laborieuses, l'anémie, etc., enfin l'état de dépression de l'organisme ou un traumatisme quelconque. Nous connaissons ce gros bouchon mucopurulent qui sort du col et adhère si bien qu'on ne peut tirer dessus sans faire saigner la muqueuse ; bien peu de femmes dans les grandes villes,où fleurit le surmenage sous toutes ses formes, ont un col absolument net, sans trace de flueurs blanches. Depuis le gros bouchon purulent, suspect évidemment, jusqu'à la simple mucosité transparente, il y a tous les degrés. Or, avec la théorie de M. Verchère, nous devrions tous les suspecter par principe : autant dire que les trois quarts des femmes ne pourraient plus être abordées que le microscope en main, à condition qu'on sache s'en servir. Dans la pratique, ce serait, neuf fois sur dix, une blennorrhagie comme conclusion de chaque rapprochement. Or, nous savons qu'il n'en va pas ainsi, et fort heureusement.

Vous me direz qu'il s'agit de *gonococcisme latent* : d'accord ; je sais très bien que ces vieux gonocoques débiles, cacochymes, transmis directement à l'utérus par la blennorrhée, ont besoin d'un bon terrain pour coloniser. La muqueuse uréthrale des récidivistes de la blennorrhagie devenue un canal fibreux, est pour eux le désert du Sahara : ils la dédaignent. Mais il reste assez d'urèthres vierges, au point de vue pathologique, pour fournir l'oasis rêvée ; et, en effet, ils pullulent vite lorsque pareille aubaine leur arrive. Ce qui revient à dire que, si toute femme possédant une métrite avait une réserve de gonocoques, on pourrait compter ceux qui ne seraient pas en possession d'une blennorrhagie.

Telles sont les quelques observations que j'ai cru devoir faire : aussi demanderai-je à mon excellent ami Verchère de vouloir bien éclairer ma religion et nous rassurer si j'ai mal compris sa pensée.

M. Sée (*Société de médecine de Paris*). — Je désire moins faire une communication à la Société, que lui poser quelques questions. De tout ce qui vient d'être dit, il résulte que la recherche du gonocoque présente une importance de tout premier plan. Or, cette recherche offre suivant les cas des difficultés extrêmement différentes, et parfois très grandes.

Lorsqu'il s'agit d'une uréthrite aiguë, chez un homme, la tâche est aisée : les gonocoques, sur une simple préparation au bleu de méthylène, apparaissent au premier coup d'œil avec tous leurs caractères, et c'est ainsi qu'on peut à première vue porter un pronostic presque sûr, sur une uréthrite aiguë récente, d'une uréthrite primitive, s'entend.

Tout autre est la tâche, en face d'une uréthrite chronique. Je suis surpris de l'aisance avec laquelle tous les auteurs nous parlent d'uréthrites chroniques à gonocoques, qui semblent, dans leurs descriptions, presque aussi fréquentes que les autres. — et cela alors qu'en pareil cas, on trouve si rarement des gonocoques nets. Quels sont donc les caractères qui permettent d'affirmer qu'on a sous les yeux des gonocoques, — et non d'autres diplocoques (des sarcines du méat par exemple, qui ont, j'en suis convaincu, occasionné bien des erreurs) ? La forme, d'abord, en diplocoques, avec l'encoche d'Eschbaum creusant les faces adjacentes des deux éléments ; mais cette forme est assez banale.

Puis le groupement, en amas arrondis, de microbes irrégulièrement disposés, assez distincts relativement les uns des autres : c'est, j'en suis convaincu, un des caractères les plus importants. Malheureusement, il suppose la présence de microbes nombreux. — La situation à l'intérieur des leucocytes polynucléaires, excellent caractère encore, mais qui peut manquer, même quand il y a des gonocoques, et réciproquement.

Enfin les réactions colorantes, et surtout la décoloration par le gram, caractère essentiel. Mais il faut pour le voir une technique assez habile ; après décoloration, même en recolorant avec une autre couleur (toujours moins favorable), les microbes décolorés échappent, — surtout si d'autres, analogues comme forme, sont restés colorés.

L'idéal serait d'avoir une coloration spécifique ; malheureusement, elle n'existe pas. Les méthodes compliquées de Lanz, Schœffer et autres ne méritent pas ce nom. Plus récemment. Uhma, Plato et d'autres ont montré que, dans le pus frais, encore vivant pour ainsi dire, le *neutralroth* d'Ehrlich colorait presque uniquement les gonocoques intra-cellulaires. Mais, outre que les gonocoques extra-cellulaires ne sont pas décelés ainsi, il s'agit d'une méthode inutilisable dans la pratique.

— Chez la femme, les difficultés sont plus grandes encore. La flore variée des organes féminins permet des confusions faciles, — le gram est ici obligatoire. Et de plus, le gonocoque peut se cantonner non seulement dans l'urèthre ou le col, mais dans une glande de Bartholin, un follicule, un cul-de-sac où on a bien du mal à le trouver : d'où, soit dit en passant la difficulté si souvent éprouvée à expliquer certaines contagions.

Je ne parle pas des localisations rares, des métastases, comme le rhumatisme, l'endocardite, — où le gonocoque a été décelé d'une façon certaine, puisqu'on a été jusqu'à démontrer sa présence dans une arthrite en l'inoculant à l'homme. Ici il s'agit de cas d'un intérêt scientifique, où l'affirmation n'est permise qu'après un contrôle par toutes les méthodes en notre pouvoir.

Actuellement, c'est une notion devenue banale, au moins pour les spécialistes, il faut, dans le doute, pratiquer des examens répétés, — un examen négatif ne signifie rien, — et s'adresser au sujet plutôt qu'aux préparations, c'est-à-dire le prendre à un moment où les microbes sont plus nombreux (poussées aiguës, périodes voisines des règles chez la femme), provoquer au besoin leur multiplication par une injection irritante qui en même temps détruit les saprophytes concurrents : c'est la méthode préconisée par Neisser, et devenue classique dans le traitement des uréthrites. Elle ne réussit pas toujours il est vrai, mais elle est toujours à employer.

Une méthode qui a donné parfois des résultats, alors que le simple examen de lamelles n'en donnait pas, c'est celle des cultures. Mais elle exige des milieux relativement difficiles à se procurer, une certaine habitude de la bactériologie, un matériel complexe : c'est une méthole de laboratoire. Néanmoins, il serait souhaitable qu'elle se généralise davantage, et les auteurs citent un certain nombre de cas où elle s'est montrée plus sensible que l'examen microscopique seul.

En attendant, je demande à mes confrères, bactériologistes, urologistes ou vénéréologistes, s'ils n'ont pas éprouvé les mêmes difficultés que moi. M. Janet me disait reconnaître assez facilement du gonocoque, même en petit nombre, à certains détails minimes de forme (encoche plus nette), de coloration (coloration inégale, sur les préparations faiblement teintées), de groupement surtout (moitiés du diplocoque ne se faisant pas exactement face, ou s'écartant largement sans se séparer, — coccus voisins ne venant jamais au contact l'un de l'autre, etc.), ces derniers résultant d'une sorte d'atmosphère glutineuse qui entoure les colonies : ils exigent encore une abondance relative.

Je serais heureux si quelqu'un de vous pouvait continuer à m'éclairer.

Les rapporteurs répondent en quelques mots aux observations des orateurs.

M. Minet (*Société de médecine de Paris*). — L'ensemble de la discussion qui précède montre bien que nous sommes tous d'accord sur les difficultés du traitement, sur la nécessité d'un traitement minutieusement suivi jusqu'à la disparition des gonocoques et des infections secondaires, dans la plupart des blennorrhagies compliquées. Sans exagérer la gravité de leur pronostic, il faut bien reconnaître en effet que, si l'on peut dire, comme M. Guillon l'a fait tout à l'heure, qu'une blennorrhagie bien soignée guérit toujours, ce pronostic n'est plus tout à fait vrai dans le cas de blennorrhagies compliquées, et cette année même, M. Desnos et moi nous en avons vu plusieurs, très bien soignées par différents spécialistes et par nous-mêmes et qui conservaient des gonocoques depuis 1 et 2 ans, sans réinfection extérieure ; ce sont, nous le voulons bien, des cas rares, mais ce sont précisément ceux pour lesquels le spécialiste est consulté.

Exceptionnellement, on verra une complication avoir une influence favorable sur l'uréthrite ; sans parler de l'arrêt momentané de la suppuration uréthrale pendant une complication, ni des cas auxquels M. Sée faisait allusion, de guérison coïncidant avec une épididymite, nous avons vu récemment ce fait consolant : un malade conservait depuis 5 mois des gonocoques malgré le traitement, et la prostate était le foyer infecté ; à l'occasion d'un examen uréthroscopique, il présenta un petit abcès de la prostate, voisin de l'urètre et qui s'y ouvrit en effet spontanément : cette effraction du tissu prostatique amena la disparition rapide des gonocoques !

Nous avons été heureux de voir confirmée par M. Sée, l'opinion que nous émettions au début de cette séance, que les examens bactériologiques sur lamelles sont souvent insuffisants. Sans doute, nous avons dans l'emploi de faibles colorations du bleu de méthylène, dans les méthodes de Gram et de Claudius, des moyens de différenciation assez sûrs : cependant l'incertitude persiste quelquefois, si les lamelles contiennent trop peu ou pas de diplocoques ; nous espérons donc que la méthode des cultures, inusitée actuellement, sera désormais plus fréquemment appliquée en particulier quand il s'agit pour le médecin de permettre un mariage prochain. Si notre séance plénière pouvait répandre l'idée de leur utilité, nous aurions aujourd'hui remporté une victoire de plus sur le péril vénérien.

M. le Président remercie les orateurs qui ont pris la parole dans cette intéressante discussion. Il fait ressortir toute l'utilité de nos petits congrès où les auditeurs sont nombreux et par suite incités à demander la parole, ce qui concourt à apporter la lumière dans les questions obscures. Notre excellent Président termine en souhaitant que les trois plus vieilles sociétés de Médecine de France, dont l'une est centenaire depuis huit ans, dont la seconde le sera l'année prochaine et la troisième dans quatre ans, arrivent bientôt à n'en plus former qu'une seule, la **Société de Médecine de Paris**.

Ce vœu a un immense succès : « Oui ! oui ! » s'écrie-t-on de toutes parts.

La séance est levée à 6 heures 30, et l'on se sépare en formant de beaux projets pour l'avenir.

En effet, cette séance a été particulièrement brillante, et jamais les membres respectifs des trois sociétés n'ont aussi fortement senti la nécessité de se grouper, de se fondre, en un mot, pour mener à bien l'œuvre commune, qui est l'avancement des sciences médicales.

Etaient présents : MM. Rougon, Duchesne, Doléris, Tissier, Ozenne, Dubar, Desnos, Verchère, Le Fur, de Ranse, Graux, Dignat, Le Bec, Coudray, Buret, Minet, Boursier, Godlewski, Sinester, Esmonet, Lutaud, Aversenq, Millée, Mouzon, André Gigon, Paul Guillon, de Valcourt, Christian, Leudet, Dépéret-Murette, Audistère, Alexandre, Monel, Cazaux, Régis, Galland-Gleize, Brun, Paul Reynier, Combe, Groussin, Mouzon, Goyard, Leredde, Ducor, Veuillot, Laquerrière, Dardel, Margain, Marcel Sée, Moreigne, Beausse, Lafay, P. Quisy, Gustave Weil.

Excusés : MM. Bardet et Suarez de Mendoza.

Secrétaires généraux :
MM. Dignat, Boursier, Buret.
Le secrétaire général de service,
F. Buret.
(De la Société de Médecine de Paris).

L'affichage dans Paris et la publicité charlatanesque. — Le rapport de M. Grébauval concernant l'affichage sur les murs appartenant à la Ville de Paris vient d'être distribué.

L'administration, d'après le rapport, se réserve le droit d'interdire conformément à un vœu émis par le Conseil municipal, toute publicité relative au traitement des maladies spéciales. Il serait nécessaire que cette mesure s'étendît aux vespasiennes et que Paris soit purgé à son tour de cette honteuse réclame. Le syndicat des médecins de la Seine, s'appuyant sur l'exemple de Lyon assainie à ce point de vue spécial par son maire le Dr Augagneur, a déjà fait pour cela de nombreuses et vaines démarches.

COMMISSION EXTRA-PARLEMENTAIRE DU RÉGIME DES MŒURS (1).

Nouvelle organisation de prophylaxie médicale et d'ordre public.

La Commission s'étant ajournée à la rentrée du Parlement, sa prochaine séance ne peut être éloignée : comme elle doit être consacrée à compléter l'exposé du projet qui paraît devoir être définitivement adopté, nous avons préféré remettre l'analyse des travaux de la dernière séance (celle du 8 juillet dernier) à aujourd'hui, de sorte que les lecteurs du *Progrès* aient, mieux rassemblés sous les yeux et à moins d'intervalle, les statuts médicaux et juridiques qui, dans la pensée de la majorité de la Commission, constitueront l'organisation nouvelle tout entière.

Nous rappelons que la police des mœurs actuelle, dans sa forme arbitraire symbolisée par la médecine de Saint-Lazare et la juridiction des chefs de bureau de la préfecture, a été écartée par la Commission *sans opposition* ; l'opinion défavorable de deux de ses membres les plus importants, de M. le Pr Fournier, de M. Bérenger, le sénateur-moraliste, étaient connues depuis longtemps. L'intérêt de cette condamnation, aujourd'hui générale, a été la sanction qui lui a été donnée par M. le Préfet de police lui-même : dans un discours magistral destiné à faire époque dans l'histoire de la question, M. Lépine a réprouvé la présente police des mœurs, dont il a été trop longtemps contraint de faire usage, comme illégale, inhumaine et antihygiénique (18 mars 1904).

Nous rappelons de même que le maintien de la réglementation de la prostitution *sous une forme sanctionnée par la loi*, c'est-à-dire déférant la femme, la femme seule, aux tribunaux correctionnels, pour délit de racolage et la remettant à nouveau, en cas de condamnation, aux mains de la police, pour être réglementée, visitée d'office périodiquement et internée coercitivement en cas de maladie, que cette *néo-réglementation*, particulièrement soutenue par M. Bérenger, a été également écartée par la Commission à une grande majorité. MM. les professeurs Landouzy et Gaucher, avec la même énergie que M. le Pr Augagneur, le maire de Lyon, ont, au cours du débat, condamné cette nouvelle forme de la police des mœurs, comme illégale, injuste, contraire au droit public et antihygiénique.

Le terrain déblayé par ces votes, la Commission a chargé deux de ses membres les plus compétents, M. Bulot, procureur général à la Cour d'appel de Paris et le Pr Augagneur, de lui présenter un double projet qui assure l'un, la santé publique au point de vue bi-sexuel *par une prophylaxie générale* que n'a jamais ni visée ni réalisée la police, l'autre, l'ordre et la décence publics extérieurs que cette même police a au contraire troublés par l'organisation séculaire du racolage autorisé, du proxénétisme des maisons de tolérance, etc. C'est ce double projet rédigé par les deux rapporteurs, que la Commission a commencé à discuter le 8 juillet.

Le premier rapport versé aux débats a été celui du Pr Augagneur.

M. Augagneur a d'abord écarté le dessein, un instant agité, de rattacher la prophylaxie des maladies vénériennes aux mesures fixées par la loi du 15 février 1902 portant déclaration obligatoire d'un certain nombre de maladies transmissibles énumérées dans le décret-annexe du 10 février 1903 : ce rattachement bouleversait — le mot n'est pas trop fort — notre société française dans les rapports moraux et professionnels des médecins et des malades par l'abolition du *secret médical*, solennellement proclamé intangible par l'article 378 de notre Code pénal ; il était en outre pratiquement anti-scientifique de rapprocher, par exemple, une maladie comme la syphilis de son homonyme la petite vérole ou de la diphtérie : ces maladies, sans doute transmissibles les unes et les autres, diffèrent entre elles radicalement par l'évolution, la durée, la thérapeutique, les diversités de l'isolement, etc., etc., il est inutile d'insister.

Le grand statut de l'organisation médicale nouvelle, cette première solution jugée impraticable étant écartée, est une

(1) V. *Progrès médical* des 21 novembre 1903, 26 mars, 16 et 30 avril, 2 juillet 1904.

modification de la loi du 15 juillet 1893 sur l'Assistance médicale gratuite. Cette loi, en plein et satisfaisant fonctionnement, devient l'instrument de la réforme médicale en matière de prophylaxie vénérienne.

Présentement, la loi du 15 juillet 1893 assure l'assistance médicale gratuite à tout Français dont l'indigence est prouvée, dans tous les hôpitaux de notre territoire, sans distinction (Art. I). Si cette personne indigente a un domicile de secours (1), la Commune qui l'a hospitalisée en cas d'accident ou de maladie aiguë peut se faire rembourser les frais de séjour et de traitement soit par la commune, soit par le département du domicile de secours ; si le malade n'a ni domicile de secours communal ni départemental, cette commune hospitalisante s'adresse alors à l'Etat, mais dans tous les cas elle conserve à sa charge les frais des dix premiers jours d'hospitalisation (art. 20 et 21). Telle est l'économie essentielle de la loi.

M. Augagneur et son collaborateur, M. le procureur général Bulot, qui adhère entièrement à ce projet médical, demandent que le bénéfice de ce traitement gratuit soit obligatoirement étendu à tous les malades vénériens, avec cette modification qu'il ne sera d'abord fait aucune distinction entre les malades qui auront un domicile de secours et ceux qui n'en ont pas, en d'autres termes que le domicile de secours sera supprimé ; que la commune hospitalisante, après avoir soldé sur son budget les frais des dix premiers jours de traitement hospitalier, au lieu de s'adresser par une série de tâtonnements à la commune originelle, au département originel du malade, puis, en désespoir de cause, à l'Etat, s'adressera d'emblée à l'Etat pour obtenir le remboursement des frais du traitement prolongé au-delà des dix premiers jours soldés par elle-même. Les maladies vénériennes et notamment la syphilis étant considérées comme un péril national, les rapporteurs entendent combattre ce péril par des mesures ayant un caractère général, national.

M. Augagneur a soutenu ce projet de réforme de médecine publique avec une rare puissance de dialectique et la plus heureuse ressource d'arguments pratiques ; il a tour à tour répondu aux objections qui lui ont été adressées par M. Lépine, préfet de police, un peu vif et trop sommaire ; par MM. Auffret, inspecteur général du corps de santé de la marine ; Hennequin, secrétaire général de la Commission, Bruman, directeur des affaires départementales, MM. les préfets Fosse et Mascle et enfin M. Bérenger. Il était difficile d'élever des critiques sur l'organisation même d'une hospitalisation qui doit permettre d'intervenir rapidement dans les cas de transmissibilité les plus dangereux pour le malade et l'entourage, et de porter un coup officiel aux préjugés trop accrédités encore contre les maladies vénériennes et les vénériens : mais les objections ont porté surtout sur le côté financier du projet, sur l'inégalité de situation qui serait créée entre les communes pourvues de grands hôpitaux exerçant une attraction sur les vénériens de régions relativement éloignées et les communes dépourvues d'hôpitaux bien outillés chez lesquelles les vénériens ne se rendraient pas, ou même totalement privées d'hospices ; d'autres objections ont visé la révolution que la nouvelle loi ferait dans l'économie de l'assistance médicale gratuite actuelle en supprimant les charges qui régulièrement doivent incomber, en cas d'indigence du malade, à la commune d'origine, à la commune du domicile de secours ou au département. M. Hennequin aurait voulu que, le domicile de secours étant supprimé, la charge du traitement des vénériens admis dans les hôpitaux du territoire français incombât à l'Etat *tout entière*, y compris les dix premiers jours, dont le rapporteur réservait la dépense à la commune hospitalisante bien qu'elle fût souvent étrangère au vénérien.

M. Augagneur a repris une à une ces objections et nous paraît y avoir victorieusement répondu : la commune hospitalisante, a-t-il dit, a un intérêt majeur à retirer de sa collectivité locale un vénérien en état de contagion et à lui donner les premiers soins ; elle est ici la première intéressée ; il est juste qu'elle fasse cette dépense de premier assainissement dont tout le monde profitera *intra muros* ; d'autre part, l'économie même de la loi actuelle d'assistance médicale ne repose pas sur le principe du domicile de secours communal, mais sur le principe de l'assistance sans épithète ; cette interprétation est si rigoureusement exacte qu'en fin de compte la loi du 15 juillet 1893 organise une solidarité étroite pour le paiement des frais de séjour de l'indigent hospitalisé — passé les dix premiers jours de traitement — entre la commune d'origine, le département et l'Etat, et que l'Etat demeure responsable si la commune et le département font défaut ; c'est contre l'Etat que finalement tous les recours financiers sont dirigés. Enfin M. Augagneur a refusé le concours dangereux que lui offrait M. Hennequin en l'assurant qu'il n'y avait pas de meilleur moyen de faire échouer le projet que d'exonérer les communes hospitalisantes de la charge partielle que leur maintenait le projet pour reporter intégralement tous les frais sur l'Etat ; d'avance le Parlement repousserait une telle loi.

M. Bérenger a repris pour son compte les principales objections que nous venons de mentionner et y a ajouté cette critique particulière que le traitement offert dans ces conditions aux femmes jusqu'ici tributaires de la police des mœurs n'avait aucune chance d'être suivi par elles.

M. Paul Strauss, sénateur, dont l'intervention a été très remarquée, a apporté à la défense du projet de M. Augagneur toute l'expérience ancienne qu'il a des matières d'assistance publique ; il a insisté sur l'erreur de M. Bérenger, méconnaissant dans la loi de 1893 la solidarité étroite qui existe entre les trois collectivités : commune, département et Etat, et proposé pour attirer les femmes malades un système de primes qui assurerait leur assiduité aux hôpitaux et aux consultations.

M. Dauzon, député, en qualité de président de Conseil général, a montré également l'erreur de M. Bérenger dans l'interprétation de la loi de 1893.

MM. les professeurs Landouzy et Gaucher ont vivement appuyé le projet de leur collègue de Lyon en insistant sur le danger des règlements d'assistance qui ferment la porte des hôpitaux, à Paris et en province, aux vénériens, surtout aux vénériens étrangers à la commune dans laquelle ils n'ont pas leur domicile de secours ; ils ont insisté également sur la brièveté du traitement des vénériens envisagée au point de vue de la durée du séjour vraiment nécessaire à l'hôpital, sur l'importance bien plus fréquente du traitement dans les consultations externes et dans les dispensaires, tous arguments destinés à montrer que ni les communes hospitalisantes ni l'Etat ne se trouveront grevés dans les proportions alarmantes qu'avaient dépeintes M. Bérenger et plusieurs de ses collègues.

Cette intéressante séance avait été ouverte par une proposition de notre collaborateur, M. Fiaux, qui demandait que puisque la Commission n'avait pas été autorisée à ouvrir une enquête personnelle sur la police des mœurs, le Bureau du moins s'entremît pour obtenir la publication de tous les documents précédemment recueillis par les soins d'une commission d'études sur la réglementation, nommée un an auparavant par M. Waldeck-Rousseau ; la proposition de M. Fiaux n'a pas été accueillie.

La séance a été terminée par la lecture et le dépôt faits au milieu de « bruits divers », de deux propositions de M. le Dr André Lucas, ancien interne de Saint-Lazare, qui, se basant tant sur les votes fermes que sur l'orientation des travaux de la Commission, a demandé :

1° Le retrait par M. le préfet de police de tous les règlements spéciaux par lesquels ce fonctionnaire, se croyant l'héritier de la lieutenance générale de police et l'exécuteur des anciennes ordonnances aujourd'hui abolies, notamment l'ordonnance du 20 avril 1684, s'arroge illégalement le droit de punir et emprisonner administrativement des femmes qui n'ont commis aucun crime de droit commun ;

2° L'abolition de la visite sexuelle coercitive pratiquée illégalement au dispensaire de la préfecture de police par des médecins non assermentés, n'agissant même pas aux

(1) Le domicile de secours s'acquiert par la filiation, le mariage, la résidence d'un an dans une commune postérieurement à la majorité (Art. 6).

termes de la loi sur la déclaration des maladies transmissibles du 30 novembre 1892, laquelle est muette sur ce qui concerne les maladies vénériennes ; la suppression des crédits affectés à la rémunération « des médecins des mœurs », dont les attributions sont absolument illégales.

Après un court mais vif echanges d'observations et sur l'insistance de M. le Dr Lucas, la Commission, consultée, a décidé d'inscrire à l'ordre du jour, à la suite de la discussion ouverte sur le projet de MM. Augagneur et Bulot, le débat sur les vœux déposés.

Le rapport de M. le procureur général Bulot, déjà distribué, concerne la partie juridique du projet : par l'addition d'un paragraphe 2 à l'article 330 du Code pénal, il réprime le délit de provocation sexuelle publique et *scandaleuse* commis par les personnes de l'un et l'autre sexe : par l'addition d'un paragraphe 3 à l'article 334 du même Code, il réprime tout proxénétisme s'adressant, *dans un but de lucre*, aux personnes de l'un et l'autre sexe, *même majeures*.

Ce rapport doit être discuté par la Commission dès sa rentrée : il complète l'organisation médico-juridique dont l'exposé, commencé par M. Augagneur, sera prochainement, tout entier, nous l'espérons du moins, sous les yeux de nos lecteurs.

PHARMACOLOGIE

Pathogénie et traitement de la Tuberculose.

La pathogénie et le traitement de la tuberculose pulmonaire tiennent toujours une large place dans l'esprit des expérimentateurs et des médecins ; ceci est dû à l'extrême diffusion de la maladie et aux obscurités qui voilent encore sa genèse et son évolution. La nouvelle théorie de Canter, qui confirme, en les expliquant mieux, les résultats thérapeutiques de certains médicaments, offre par cela même un grand intérêt. Il admet. en se fondant sur des données expérimentales et cliniques bien observées, que le degre de l'acidité du sang (l'acidose) joue dans la pathogénie des maladies microbiennes un rôle prépondérant. Sa diminution affaiblit la résistance de l'organisme qui offre à l'infection une proie plus facile. Ainsi en est-il dans la tuberculose, où l'acidose, normalement égale à 450 ou 500 unités acides, tombe toujours au dessous de 400. Si, sous l'influence d'un traitement et d'une hygiène appropriés, l'acidité sanguine remonte, le malade peut guérir. Si, malgré tout, elle reste inférieure, le malade succombe ou fait des rechutes correspondantes à cet abaissement.

La conception de Canter nous fournit donc une explication nouvelle et ingénieuse du succès de certains agents thérapeutiques dans le traitement de la tuberculose. En effet, parmi les agents favorables à l'acidose, figurent au premier rang : la vie au grand air, l'exercice modéré, l'alimentation par la viande, les œufs, les fromages, et parmi les médicaments susceptibles de la relever, les plus efficaces sont les phosphates, l'acide phosphorique officinal, l'acide chlorhydrique.

Cette théorie montre pourquoi les seules mesures d'hygiène suffisent souvent à arrêter l'évolution de la maladie, soit dans la prétuberculose (période de germination de Grancher), soit au premier degré de l'affection déclarée, quand les lésions sont peu étendues, que le malade est résistant et que l'organisme n'est pas empoisonné par les toxines fabriquées par le bacille de Koch, ou les microbes des infections secondaires. Elle nous fait mieux comprendre pourquoi, si le mal a, malgré tout fait des progrès, il est nécessaire d'ajouter aux moyens hygiéniques une médication active, susceptible d'arrêter encore la marche du mal.

Parmi les médicaments utilisés, ceux qui ont donné les succès les plus incontestés sont les phosphates et la créosote ou ses dérivés. Cela tient à une action double : les phosphates réagissent contre la diminution de l'acidose, contre la déminéralisation qui en est la conséquence, et favorisent la lutte de l'organisme contre les bacilles de Koch et contre les microbes des infections secondaires ; la créosote agit, ainsi que l'a démontré Bouchard, par le pouvoir antiseptique général qu'elle doit non seulement aux nombreux dérivés qu'on en a tirés : gaiacol, benzosol, duotal, etc., mais aussi à la présence des phénols dont l'action, bien que mal connue, est indubitable. En effet, et quoi qu'on en ait dit, aucun des dérivés de la créosote, pris isolément n'a la puissance thérapeutique de cette dernière à laquelle on revient toujours.

Le seul défaut qu'on reproche à la créosote, c'est son action caustique sur les tissus avec lesquels elle entre en contact. L'objection est plutôt spécieuse, car il suffit, pour éviter cet inconvénient, de diluer la créosote dans un liquide suffisamment abondant, et cela sans lui rien enlever de sa valeur thérapeutique.

On est, du reste, un peu revenu aujourd'hui de l'idée de la nécessité de l'emploi des hautes doses de ce médicament, et beaucoup de praticiens préfèrent, non sans raison, saturer l'organisme à l'aide de prises plus petites, mais plus fréquemment répétées.

Ces considérations expliquent les résultats cliniques de la Solution Pautauberge. Cette combinaison de créosote et de chlorhydro-phosphate de chaux se prête à toutes les applications thérapeutiques de la créosote, et de plus active l'acidose, arrête la déminéralisation de l'organisme et favorise la digestion. Aussi est-elle justement considérée comme la médication de choix de la tuberculose.

CORRESPONDANCE

Au rédacteur en chef du *Progrès Médical*.

Mon cher ami !

Je vois par quelques notices dans divers journaux français de médecine, qu'il y a en France une agitation passionnée « antipasteurienne » et que les chefs de cette agitation me considèrent comme leur partisan. Il est vrai, que j'ai soulevé (1) la question, si certains microbes ne sont pas des épaves protoplasmatiques des cellules dégénérées, pourvues de quelques qualités vitales, par exemple de se reproduire et d'accepter le rôle des parasites. En d'autres termes, je me demandais s'il n'y a pas des êtres vivants par régression (rechute) et si certains microbes ne sont pas de cette forme de descendance? J'avais ce doute principalement vis-à-vis du microbe de Koch. Mon « impression », que l'origine indiquée soit possible, naissait de certains cas héréditaires et des cas dans lesquels une tuberculose et une phtisie se développent d'une manière fatale et suraiguë à la suite d'une neurasthénie et anémie sans raison reconnaissable.

J'ai déclaré très décidément que je n'osais que « modestement poser une question aux bactériologistes », que je n'entendais « édifier ni une doctrine ni une hypothèse ».

Dans d'autres publications j'ai combattu les exagérations immenses sur la force infectieuse de la tuberculose et du microbe de Koch. Ces exagérations ont conduit à des mesures vraiment ridicules. J'ai insisté, avec *Galen*, sur ce fait que la tuberculose devient infectieuse seulement dans des conditions spéciales et j'ai insisté de nouveau pour séparer la tuberculose et la phtisie. La phtisie et les phtisiques sont dangereux en haut degré. Dernièrement j'ai exposé mes idées dans un rapport au Congrès de Saint-Louis, rapport qui sera publié dans les comptes rendus de ce Congrès.

Je vous prie de publier ces lignes ; je ne voudrais pas compter auprès des confrères français comme « antipasteurien ».

Avec l'expression de mon sentiment amical,
Votre Prof. BENEDICT.

(1) V. « Le Biomécanisme ou Néovitalisme en Médecine », etc., page 13, etc.

MÉDECINE PRATIQUE

Levurine extractive.

Caractères. — La **Levurine extractive**, préparée par Couturieux en 1899 et présentée à l'Académie de Médecine le 25 juillet 1899 par le docteur Lancereaux, est un produit sec, de couleur marron clair, d'odeur de peptones, de saveur légèrement amère, rappelant celle de la bière et du houblon, soluble dans l'eau et la glycérine. — La **Levurine extractive** renferme tous les principes solubles de la levure de bière, Zymase de Büchner et Rapp, sucrase ou invertine, maltase, peptones, glycogène, leucine, tyrosine, etc. — La **Levurine extractive** présente les caractères des albuminoïdes ; ses solutions sont précipitées par la chaleur, les réactifs de Tanret, d'Esbach, l'acide chromique, etc.; elle se détruit à 55°. — La **Levurine extractive** *correspond à 35 fois son poids de levure fraîche* et à 6 fois son poids de *levurine brute.*

Applications. — De nombreuses observations ont démontré que la **Levurine extractive** de Couturieux jouissait de toutes les propriétés de la levure fraîche ; elle a sur elle les avantages considérables d'agir sous très petit volume, d'être *toujours identique* à elle-même, facilement dosable, de conservation presque indéfinie, agréable et très facile à absorber. La **Levurine extractive** a été employée avec succès dans le traitement de la *furonculose*, de l'*anthrax*, de l'*acné*, de l'*eczéma*, de la *grippe*, de l'*angine herpétique*, de la *pneumonie*, de la *variole*, de la *peste bubonique*, du *diabète*, des *dyspepsies*, de l'*entérite*, de la *leucorrhée*, et en général dans toutes les *maladies* à *infection staphylococcique.*

Mode d'action. — Le mode d'action de la **Levurine extractive** n'est pas encore bien défini, mais la plupart des expérimentateurs paraissent croire que la Levurine extractive agit en modifiant le terrain, en le rendant impropre au développement des microbes pathogènes et en diminuant le titre glycémique du sang.

Formes Pharmaceutiques. — La **Levurine extractive** de Couturieux existe en pharmacie, en solution, sous forme d'ampoules injectables de 3 cc. et en comprimés dosés à 0 20 centigrammes de principe actif : *un comprimé correspond à une cuillerée à café de levure fraîche.*

Doses et modes d'emploi. — Ampoules : 1 à 2 par jour en injection intra-musculaire pour les cas graves.

Comprimés : 2 à 8 par jour à prendre avant ou après les repas (sauf indication contraire, prendre de préférence une demi-heure avant les repas).

VARIA

L'audition des enfants des écoles primaires.

M. le Dr Dubar étudie l'ouïe chez les enfants des écoles primaires et conclut dans un article de la *Revue de Bien* qu'il y a lieu d'adjoindre au service général de l'inspection médicale des écoles un service fait par un médecin spécialiste offrant une *compétence scientifique* pour l'examen des *oreilles*, du *pharynx* et des *fosses nasales.*

Chaque fois qu'un enfant sera reconnu porteur de *végétations adénoïdes*, il faudra faire comprendre à ses parents que son développement *physique et intellectuel* est entravé par une *infirmité curable* et qu'il faut la traiter immédiatement.

Il est nécessaire de donner aux maîtres des notions indispensables d'hygiène qu'ils appliqueront et qu'ils enseigneront ; leur apprendre comment soupçonner qu'un enfant a des *végétations adénoïdes* (bouche ouverte, dureté d'oreille, obstruction nasale) ; qu'ils sachent enseigner aux élèves les dangers qu'il y a à introduire dans le conduit auditif un crayon, un porte-plume qui peuvent *traumatiser le tympan* ; qu'ils connaissent les dangers des *gifles* et du *tirage des oreilles* ; qu'ils montrent la manière de se moucher en obstruant une *seule* narine. Il doivent savoir que l'enfant distrait, paresseux, inattentif, ignorant, *irrégulier* ou *anormal*, est parfois tout simplement un *malade* qui entend mal parce qu'il a des végétations adénoïdes que la *rhinoscopie postérieure* pourra révéler.

NÉCROLOGIE

POINSOT (Paul-Hippolyte-Victor).

Directeur de l'École dentaire de Paris.



Odontologiste, né à Paris le 25 janvier 1848. Opérateur patenté dès 1865, il fut attaché, de 1866 à 1869, comme dentiste, au service du docteur Maisonneuve à l'Hôtel-Dieu. C'est là qu'il suivit l'enseignement de l'antiseptie, alors à ses débuts et, l'un des premiers, l'appliqua à l'art dentaire.

En mai 1868, sur les conseils de son maître, M. Poinsot demanda à l'Assistance publique la création du poste de dentiste des hôpitaux. Faute de crédits, l'administration ne put donner suite à cette demande. L'année suivante, au moment de l'organisation de la garde mobile, il fit encore valoir l'utilité d'un service dentaire dans l'armée et, après la guerre de 1870-71, il fit, avec Delalain, de nombreuses restaurations buccales ou faciales aux mutilés militaires du Val-de-Grâce.

Membre fondateur, puis trésorier de la Chambre syndicale de l'art dentaire (1878-1883), il fut prié, en 1879, par une délégation du Cercle des Dentistes de Paris, de prêter son concours pour organiser un enseignement dentaire en France et contribuer à la création d'une école libre à Paris. C'est ainsi qu'il devint l'un des fondateurs de l'Ecole dentaire de Paris, où il fut, dès la première heure, par le suffrage de ses collègues, devenant ainsi ses élèves, désigné comme professeur de pathologie dentaire (1880-1883), puis de thérapeutique spéciale (1883-1895).

M. Paul Poinsot fut successivement nommé vice-président, président du Conseil d'administration et directeur de cette école jusqu'en 1895, époque à laquelle il devint président-directeur et professeur honoraire. C'est sous son professorat qu'ont été formés les dentistes qui ont dirigé ensuite l'Ecole dentaire.

Ce spécialiste, qui jouit d'une haute réputation, a créé le service dentaire à l'Asile clinique Sainte-Anne, officieusement d'abord en 1884 ; puis cette création fut officiellement consacrée en 1891. Il a poursuivi là d'importantes études sur les altérations graves de la bouche coïncidant avec des affections nerveuses ou mentales. Les travaux qu'il accomplit dans cette voie ont, jusqu'ici, confirmé le bien fondé de ses observations initiales et, au Congrès de 1900, il fit ressortir l'utilité pour le médecin de s'associer le dentiste dans le traitement de certaines affections mentales ou nerveuses.

Les services rendus par M. Poinsot à l'asile Sainte-Anne

ont décidé l'administration à créer une semblable organisation dans tous les asiles de la Seine.

En 1892, le vote d'une nouvelle loi mit en danger l'exercice de la profession de dentiste, l'art dentaire lui-même et son enseignement. M. Poinsot, directeur de l'Ecole dentaire au moment le plus périlleux de son histoire, se consacra tout entier à la défense des intérêts professionnels en jeu et put obtenir le décret de 1893, qui, par des dispositions transitoires, assura la vitalité de l'art dentaire.

M. Poinsot est considéré comme l'un de ceux qui ont le plus contribué à asseoir la pratique dentaire sur des bases scientifiques solides ; il organisa le Congrès dentaire de 1888, et fut premier vice-président de cette assemblée en 1889, et l'un des six examinateurs désignés par le ministère de l'Instruction publique pour faire subir les examens des premiers chirurgiens dentistes de la Faculté de Médecine de Paris, en 1894. En 1902, il accepta la présidence de la huitième section du Congrès dentaire international.

M. Paul Poinsot est l'auteur de nombreux travaux dans le domaine de sa spécialité. Il a notamment publié des études sur : la *Diathèse urique dans les affections buccales* (1883) ; le *Système dentaire* (1885) ; les *Accidents de la première dentition* (1892) ; les *Extractions des pulpes de dents complètement calcifiées au moyen de la trépanation* (Congrès de Chicago, 1895) ; l'*Utilisation de l'Electricité pour le recuit des métaux employés à la construction des appareils dentaires* (1892, Congrès de Bordeaux) ; l'*Enseignement de l'Art dentaire en France* (Congrès de Lyon, 1898) ; *La création et le fonctionnement du service dentaire a l'Asile Sainte-Anne* (1900) ; *Moyen nouveau pour obtenir le moulage des bouches* (1905, Société odontologique), etc.

Il a fait d'autres communications importantes, aux diverses sociétés dont il fait partie, sur des inventions d'instruments dentaires et sur des procédés opératoires ; il a collaboré au *Journal d'Odontologie*, bulletin officiel des sociétés odontologiques françaises.

Elu, en 1882, membre de la Société Odontologique de Grande-Bretagne, président honoraire de l'Association générale des Dentistes de France et de la Société d'Odontologie de Paris, M. Paul Poinsot a obtenu des distinctions du Congrès dentaire de 1889, du ministère du Commerce et de l'Industrie, de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale des Dentistes de France. Il fut, en 1898, officier de l'Instruction publique.

Actes et thèses de la Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat.— *Mercredi, 7 décembre 1904*, à 1 heure. — *M. Molas* : De la récidive dans les papillomes de la vessie ; MM. Lannelongue, Kirmisson, Reclus, Gosset. — *M. Wagon* : L'appendicite chronique d'emblée ; MM. Kirmisson, Lannelongue, Reclus, Gosset.— *M. Rhuton* : Sur un nouvel anesthésique : la Stovaïne ; MM. Reclus, Lannelongue, Kirmisson, Gosset. — *M. Thomas* : Des indications de l'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale aiguë ; M. Reclus, Lannelongue, Kirmisson, Gosset.

Jeudi, 8 décembre 1904, à 1 heure.— *M. Lemaire* : De l'unité des stomatites ; MM. Debove, Budin, Achard, Brindeau. — *M. Cathala* : Pathologie et étude clinique de la pyélonéphrite gravidique ; MM. Budin, Debove, Achard, Brindeau.— *M. Ollivier-Beauregard* : Contribution à l'étude du placentome malin ; MM. Berger, Pozzi, Faure, Auvray. — *M. Ollivier* : Quelques considérations sur les luxations de l'appendice xyphoïde au sujet d'un cas de luxation irréductible traité par la résection ; MM. Berger, Pozzi, Faure, Auvray.— *M. Nicod* : L'appendicite rétro-cæcale ; MM. Pozzi, Berger, Faure, Auvray.

Examens de doctorat. — *Lundi, 5 décembre 1904.* — 5e (Chirurgie, 1re partie) : MM. Terrier, Delens, Legueu. — 5e (2e partie) : MM. Hayem, Tessier, Labbé (Marcel).

Mardi, 6 décembre 1904. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série) : MM. Guyon, De Lapersonne, Schwartz.— 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série) : MM. Le Dentu, Auvray, Morestin.

Mercredi, 7 décembre 1904. — Médecine opératoire : MM. Terrier, Sébileau, Legueu. — 2e (Chirurgien-dentiste) : MM. Gaucher, Mauclaire, Desgrez.

Jeudi, 8 décembre 1904. — Médecine opératoire : MM. Poirier, Hartmann, Morestin. — 4e : MM. Joffroy, Gilbert, Guiart. — (2e Chirurgien-dentiste) : MM. Hutinel, Thiery, Richaud.

Vendredi, 9 décembre 1904. — 3e (2e partie) : MM. Gautier, Déjerine, Legry. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Balthazard. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1e série) : MM. Reclus, Broca (Aug.), Cunéo.— 5e (1re partie, 1e série) : MM. Tuffier, Mauclaire, Pierre Duval.— 5e (Obstétrique, 1re partie) : MM. Pinard, Lepage, Potoki.

Samedi, 10 décembre 1904. — 5e (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Dupré, Méry. — 5e (2e partie, 2e série) : MM. Troisier, Renon, Gouget. — 5e (Obstétrique, 1re partie) : MM. Budin, Demelin, Brindeau.

CONFÉRENCES DE BACTÉRIOLOGIE APPLIQUÉE A LA CHIRURGIE. — M. le Dr HERRENSCHMIDT, chef de laboratoire, fera, au laboratoire de la *Clinique chirurgicale*, des conférences de bactériologie élémentaire, envisagée spécialement au point de vue chirurgical, et exposera les procédés d'examen du sang, du pus, des sérosités, etc., employés dans la pratique journalière. Ces conférences commenceront le lundi 12 décembre 1904, à 10 heures du matin, et continueront les lundis suivants, à la même heure ; elles seront complétées chacune par une séance technique bactériologique et d'exercices pratiques, le lendemain mardi, à 2 heures.

FORMULES

XXIII.— Contre la diarrhée.

Craie préparée	} āā 0 gr. 25
Charbon pulvérisé	
Sous-nitrate de bismuth	
Benzoate de bismuth	
Benzonaphtol	} āā 0 gr. 10
Bétol	

pour 1 cachet, 4 par jour.

XXIV. — Contre l'hyperacidité de l'estomac.

Bicarbonate de soude	0 gr. 50
Craie préparée	2 gr. 50
Magnésie hydratée	1 gr. 50
Chlorhydrate de morphine	5 milligr.
Lactose	1 gr.

pour 1 paquet n° 20. (BARDET).

THÉRAPEUTIQUE

Traitement médicamenteux des bronchites chroniques et de la tuberculose par l'Hélénine créosotée.

Les propriétés de l'hélénine sont bien connues de nos lecteurs, et nous ne rappellerons sa bienfaisante action dans les bronchites chroniques et la tuberculose que pour insister sur son association à la créosote, qui augmente l'action réciproque de ces deux principes médicamenteux. Le Dr de Korab, après une longue expérimentation, a pu établir la puissance thérapeutique de l'hélénine créosotée. Les globules d'*hélénine créosotée de Korab* à la dose de 2, 3 ou par jour sont acceptées sans dégoût et sans répugnance par les malades ; la créosote est mieux tolérée par l'estomac, grâce à l'action calmante de l'hélénine sur les muqueuses. L'absorption du médicament est fort rapide comme en font foi les exhalations créosotées jointes au parfum de l'hélénine dix minutes après l'administration des globules. En un mot l'*hélénine créosotée de Korab* doit tenir une place de choix dans la liste trop courte des médicaments efficaces des bronchites chroniques et de la tuberculose pulmonaire.

ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS (21, rue Hautefeuille, tél. 824.40). — Un meeting organisé par le Comité de l'Association corporative, auquel sont conviés tous les étudiants en médecine de Paris et de la province aura lieu : le samedi 3 décembre, à 8 h. 1/2 ; le dimanche 4 décembre, à 2 h. 1/2, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Ordre du jour : 1° Conférence sur l' « Esperanto » par le Dr Rodet, sous la présidence de M. le Pr Richet assisté de MM. les Drs Achard et André Broca, professeurs agrégés, et M. le Dr Picqué chirurgien des hôpitaux ; 2° Le service militaire des étudiants en médecine ; 3° Questions concernant l'enseignement médical.

Nota : La carte d'étudiant en médecine ou de l'Association corporative sera exigée à l'entrée. Après la réunion du dimanche, un diner d'adieu sera offert à nos camarades de province. Prix du couvert 3 fr. 50. Les souscriptions seront reçues au Secrétariat de l'Association corporative, 21 rue Hautefeuille jusqu'au vendredi 2 décembre.

NOUVELLES

NATALITÉ DE PARIS. — Du dimanche 6 au samedi 12 novembre 1904, les naissances ont été au nombre de 1020, se décomposant ainsi : légitimes 753, illégitimes 267.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 879, savoir : 453 hommes et 426 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 14. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 1. — Rougeole : 3. — Scarlatine : 1. — Coqueluche : 1. — Diphtérie et Croup : 4. — Grippe : 2. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 2. — Tuberculose des poumons : 198. — Tuberculose des méninges : 12. — Autres tuberculoses : 16. — Cancer et autres tumeurs malignes : 60. — Méningite simple : 13 — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau 61. — Maladies organiques du cœur : 58. — Bronchite aiguë : 7. — Bronchite chronique : 25. — Pneumonie : 23. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 78. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 4. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 3 ; autre alimentation : 25. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 4. — Hernies, obstruction intestinale : 10. — Cirrhose du foie : 13. — Néphrite et mal de Bright : 15. — Tumeurs non cancereuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 2. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 1. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 2. — Débilité congénitale et vices de conformation : 25. — Débilité sénile : 35. — Morts violentes : 39. — Suicides : 21. — Autres maladies : 114. — Maladies inconnues ou mal définies : 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 66, qui se décomposent ainsi : légitimes 45, illégitimes 21.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — *Diplôme de médecin colonial.* I. — *Enseignement clinique.* — M. les professeurs de clinique et chefs de service des hôpitaux civils et militaires de Bordeaux, et M. LE DANTEC, professeur de pathologie exotique.

II. — *Travaux pratiques.* — M. FERRÉ : Technique bactériologique générale Charbon. Fièvre typhoïde (analyse bactériologique des eaux). Séro-diagnostic. Choléra. Peste. Diphtérie (diagnostic, sérothérapie). Rage (diagnostic et traitement). Pratique de la désinfection. Parc vaccinogène, vaccination. — M. LE DANTEC : Technique applicable aux pièces anatomiques aux colonies. Hématozoaires du paludisme. Moustiques. Piroplasmose. Filariose. Fièvre de Malte. Procédé de culture des anaérobies applicables aux pays chauds. Tétanos. Septicémies. Amibes en général. Recherche des amibes dans les selles dysentériques. Bacilles de la dysenterie épidémique (séro-diagnostic). Flèches empoisonnées. Liste des objets à emporter aux colonies. — M. COYNE : Tuberculose. Lésions des organes dans l'impaludisme et la lèpre. — M. SABRAZÈS : Hématologie. — M. DE NABIAS : Protozoaires. Helminthes. Examen des matières fécales et des urines au point de vue parasitaire. — M. BEILLE : Arachnides et insectes venimeux. Poissons vulnérants et toxicophores. Reptiles venimeux. MM. JOLYET et DE NABIAS : Poisons d'épreuve. Analyse physiologique d'un poison. — MM. JOLYET et SIGALAS : Action des agents physiques sur l'organisme. Notions de météorologie pratiques. — M. VILLAR : Chirurgie opératoire du foie, de l'intestin et de la rate. — M. DENIGÈS : Urologie clinique. — MM. CANNIEU et GENTÈS : Anthropométrie. Craniologie. — M. LANDE : Anthropométrie criminelle. — M. BUARD, chef des travaux : Technique histologique et microphotographie.

III. — *Leçons théoriques.* — M. MORACHE : Hygiène générale des Européens dans les pays chauds. Acclimatement. Hygiène générale des troupes métropolitaines ou indigènes en station et en expédition. Voyages d'exploration. — M. LE DANTEC : Climatologie en général. Climatologie au point de vue de la marine. Climatologie au point de vue des colonies. Colonies en général. Colonies de peuplement. Colonies d'exploitation. Problème de la colonisation. La médecine coloniale. Son rôle dans la colonisation. Maladies cosmopolites, en particulier le scorbut et la variole. Maladies endémiques des pays chauds : 1° Maladies pestilentielles exotiques : choléra, fièvre jaune, peste. Législation sanitaire française. Médecins sanitaires maritimes. 2° Maladies endémiques : paludisme, cycle humain des hématozaires, transmission du paludisme par les moustiques, prophylaxie, traitement. Fièvre bilieuse hémoglobinurique. Dysenterie. Abcès du foie. Maladie du sommeil. Béribéri. Eléphantiasis. Phagédénisme. Pied de Madura. — M. DUBREUILH : Dermatozoaires. Ixodes. Argas. Diptères cuticoles. Chique. Filiaire de Médine. Bouton d'Orient. Verruga du Pérou. Tokelau. Mal del Pinto. Pian. Granulome ulcéreux vénérien de la Guyane. — M. ARNOZAN : La lèpre. Caisse des médicaments à emporter dans les colonies. — M. BERGONIÉ : Du vêtement. — M. RÉGIS : Maladies mentales dans les pays chauds au point de vue clinique et médico-légal. — M. AUCHÉ : Venins. — M. PITRES : Intoxications par l'opium, le haschich et leurs dérivés. — M. MONGOUR : Insolation. Coup de chaleur. — M. LAGRANGE : Ophtalmologie tropicale. — M. CHAVANNAZ : Chirurgie spéciale du foie — M. DENUCÉ : Chirurgie spéciale de la rate. — M. POUSSON : Chirurgie spéciale des voies génito-urinaires. — M. MOURE : Parasites des voies aériennes supérieures. — M. GENTÈS : Les races humaines. — M. CHAMBRELENT : Grossesse et accouchement chez les différents peuples. — M. BEILLE : Instructions pour la récolte la conservation et l'expédition des collections ethnographiques et d'histoire naturelle.

II. — *Conférences publiques.* — Le tableau des manipulations et des conférences sera préparé chaque semaine pour la semaine suivante.

JOURNAUX MÉDICAUX QUOTIDIENS. — En Amérique, le pays de toutes les audaces, trois journaux quotidiens de médecine ont été fondés tour à tour, ils ont successivement disparu et le dernier dont on nous annonce le décès était le *Daily Médical* qui cesse désormais de paraître.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr BOMPAR (de Bordeaux) ; de M. le Dr PÉTEL (de Rouen) ; de M. le Dr ORCEL (de Vienne) ; de M. le Dr de LORGERIL (de St Méloir, Ille-et-Vilaine) ; de M. le Dr LECLERCQ (d'Arras).

Chronique des hôpitaux.

CONCOURS DE L'EXTERNAT : Questions posées : Séance du 28 novembre. — *Pathologie* : Moyens hémostatiques. — Séance du 26 novembre. — *Anatomie :* surfaces articulaires, capsules et ligaments de l'articulation coxo-fémorale. — Séance du 29 novembre. *Anatomie* : Muscle psoas iliaque.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES, CLERMONT (OISE).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

33e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XX. N° 50. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 10 DÉCEMBRE 1904

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE

De quelques formes de nanisme et de leur traitement par la glande thyroïde (1).

§ VI. — Nanisme myxœdémateux infantile ;

Par **BOURNEVILLE**.

La description que nous avons tracée tant de fois déjà du myxœdème infantile est trop connue pour que nous la donnions de nouveau dans ce travail que nous avons hâte de terminer. Nous ne rappellerons pas non plus tous les cas de myxœdème infantile traités dans notre service ou à notre consultation par la glande thyroïde. Nous nous bornerons à résumer, à titre de spécimen, le traitement d'une malade dont l'observation complète sera publiée ultérieurement.

OBS. LVIII. — IDIOTIE MYXŒDÉMATEUSE INFANTILE.

Harb... (Blanche), née à Paris le 18 octobre 1897, est entrée à la Fondation Vallée le 2 mai 1902.

SOMMAIRE. — *Père et grand-père maternel, excès de boisson. — Oncle paternel mort tuberculeux. — Grand'tante paternelle aliénée. — Mère morte tuberculeuse. — Grand'mère maternelle morte d'un cancer utérin. — Sœur arriérée ; autre sœur morte de convulsions. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 2 ans* (Père plus âgé).

Conception dans l'ivresse. — Renseignements insuffisants sur la grossesse. — Croup, rougeole, coqueluche, de 2 ans 1/2 à 5 ans. — Jamais de convulsions. — Marche, propreté, parole, nulles à l'entrée. — Signes classiques du MYXŒDÈME INFANTILE (Fig. 40, 41 et 42).

Traitement thyroïdien (1902-1904) : *amélioration considérable.*

H..a, 4 ans 1/2, mesure 74 cent., soit 20 cent. 4 *au-dessous* de la taille moyenne à son âge. Elle pèse 11 kil. 700, soit 2 kil. 740 *au-dessous* du poids moyen à son âge.

1902. *Premier traitement* du 12 mai au 31 août 1902.

Glande thyroïde fraîche du mouton : 0 gr. 25 tous les 2 jours jusqu'au 31 mai, puis tous les jours jusqu'au 1er juillet. De là au 31 août, la glande n'a été fournie que 28 fois, faute d'approvisionnement.

	Au début	A la fin
Poids...........	11 k. 700	12 k. 500
Taille...........	0 m. 74	0 m. 79

L'enfant a gagné *cinq centimètres.*

1903. *Second traitement* du 2 janvier au 31 mars.

Glande, 0 gr. 25 du 2 au 10 janvier ; 0 gr. 50 du 11 au 20 janv., puis 0 gr. 75, 1 gr. jusqu'au 10 février. Alors élévation



FIG. 40. — Harb., à 4 ans 1 2 (mai 1902).

de la T. R. à 40°5 : suspension jusqu'au 19 fév. La glande est reprise : 0 gr. 25, 0 gr. 50, 0 gr. 75, un gramme jusqu'au 20 mars, 1 gr. 25 jusqu'au 31 mars.

(1) Voir les nos 24, 25, 26, 28, 38, 39 et 40 du *Progrès Médical.*

	Au début	A la fin
Poids	16 k.	14 k.
Taille	0 m. 80	0 m. 835

L'enfant a donc gagné 3 cent. et demi.

Troisième traitement du 1er juin au 30 août.

0 gr. 25	du	1er juin au 9 juin
0 gr. 50	du	10 » au 17 »
0 gr. 75	du	18 » au 25 »
1 gr.	du	26 » au 30 août

avec 25 suspensions motivées par une élévation de température au-dessus de 38° survenant à certains jours.



Fig. 41. — Harb...; à 4 ans 1/2 (mai 1902).

	Au début	A la fin
Poids	16 k.	15 k.
Taille	0 m. 835	0 m. 855

La taille s'est accrue de *deux centimètres*.

Quatrième traitement du 10 octobre 1903 au 12 janvier 1904 :

0 gr. 25	jusqu'au	18 octobre
0 gr. 50	—	27 —
0 gr. 75	—	3 novembre
1 gr.	—	26 —
1 gr. 25	—	12 janvier 1904

	Au début	A la fin
Poids	15 k.	17 kg. 500
Taille	0 m. 86	0 m. 89

La taille s'est élevée de *trois centimètres*.

1904. *Cinquième traitement* du 3 mars au 31 mai 1904.

0 gr. 50	jusqu'au	9 mars
0 gr. 75	—	25 —
1 gr.	—	24 avril
1 gr. 25	—	31 mai

	Au début	A la fin
Poids	18 k.	18 k. 500
Taille	0 m. 89	0 m. 92

La taille s'est élevée de *trois centimètres*.

Avant le traitement, la taille de l'enfant était de VINGT CENTIMÈTRES 4 en moins de la taille moyenne à son âge (6 ans et demi). De 4 à 5 ans (1902), elle a gagné cinq centimètres, c'est-à-dire que sa croissance a été celle de cet âge (0 m. 05).



Fig. 42.

De 5 à 6 ans (1903), elle a gagné *huit centimètres*. Sa croissance a été plus forte que la croissance normale, qui est de 5 cent. 7.

De 6 à 7 ans et demi, *cinq premiers mois de* 1904, elle a gagné *trois centimètres*, tandis que l'accroissement normal pour le même laps de temps n'est que de 23 millimètres.

En résumé, Har. n'est plus au-dessous de la taille moyenne à son âge (6 ans 1/2) que de TREIZE CENTIMÈTRES 9, tandis qu'avant le traitement, comme nous l'avons dit, elle était de VINGT CENTIMÈTRES 4. Quant au *poids*, il est de 18 kilogr. 500 (fin mai) dépassant *d'un kilogr.* 250 le poids moyen à son âge.

§ VII. **Nanisme diplégique**.

Il est un groupe de nains que nous ne ferons que mentionner, car nous ne les avons pas encore soumis au

traitement thyroïdien. Il s'agit d'enfants atteints d'*idiotie* compliquée de *diplégie*. Les deux frères Lecl., dont nous avons publié l'observation avec notre interne, M. le Dr Crouzon, dans le *Progrès médical* (1901, p. 273) et dans le *Compte-rendu* de Bicêtre de 1902 (p. 232), sont deux beaux exemples de cette forme de *nanisme*.

Lecl... (René), à 14 ans, mesurait *un mètre*, soit *quarante-sept centimètres* en moins de la taille à son âge (d'après Quetelet). Lecl... (André), à 16 ans, avait *cinquante-deux centimètres* au-dessous de la taille moyenne à son âge (Fig. 43.)



Fig. 43. — Idiots diplégiques.

Voici un tableau qui ne laisse aucun doute sur la réalité du nanisme chez des *idiots diplégiques*.

Nains diplégiques.

Noms	Age	Taille		Différence
		RÉELLE	MOYENNE	
Noët	20 ans	1 m. 40	1 m. 67	27 cent
Chesne	19 ans	1 m. 40	1 m. 65,5	25.5
Link	17 ans	1 m. 37	1 m. 59	22 cent.
Daude	11 1/2	1 m. 17	1 m. 38	21 cent.
Niedelsp	14 ans	1 m. 28	1 m. 47	19 cent.
Busc	14 ans	1 m. 29	1 m. 47	18 cent.

Bien des particularités d'un réel intérêt seraient à relever dans les observations qui précèdent. Nous nous bornerons à celles qui concernent le *traitement*.

Traitement thyroïdien.

Indications générales. — La constatation que l'*idiotie myxœdémateuse infantile* reconnaissait *pour cause* l'absence de la glande thyroïde (1) et peu après la découverte de l'*opothérapie* ont conduit à employer la glande thyroïde dans les cas de myxœdème infantile. L'expérimentation a pleinement réussi : la nutrition générale a été transformée, l'intelligence s'est éveillée, la croissance, arrêtée, s'est accrue, a repris sa marche physiologique ; l'adipose, exagérée, s'est considérablement atténuée ou a disparu. De là est venue naturellement l'idée — que nous avons largement propagée — de recourir au traitement thyroïdien dans le cas où il y avait un *arrêt de développement* ou du nanisme, ou encore une *adipose considérable* ou de l'obésité. Le succès a justifié l'entreprise, ainsi que le prouvent les nombreuses observations que nous avons rapportées et auxquelles nous aurions pu en ajouter beaucoup d'autres.

Dans les formes de *nanisme*, le nanisme myxœdémateux mis de côté où l'indication est formelle, dont nous avons parlé, y a-t-il des lésions de la glande thyroïde ? Cela est possible, vraisemblable même. En tout cas, cela paraît vrai pour le *nanisme mongolien*. Le lymphatisme, l'aspect demi-cachectique, l'exiguïté de la taille de ces malades, nous ont inspiré l'idée de faire pratiquer l'examen histologique de leur glande thyroïde. Cet examen a été tout à fait démonstratif : chez eux, la glande thyroïde est le siège de lésions parfaitement caractérisées. Dès que l'occasion nous en sera fournie, nous ferons faire les mêmes recherches sur la glande thyroïde de nos malades atteints de *nanisme polysarcique*, de *nanisme simple* et d'*obésité* sans défaut de croissance.

Modes de préparation et d'administration. — Nous avons eu recours surtout à la *glande thyroïde fraîche du mouton* hachée menu et mêlée soit à du bouillon, soit à un peu de confitures. En été, nous conservons la glande, qui s'altère facilement, dans un flacon bien bouché, contenant une couche d'acide borique cristallisé ou de sel marin.

Les *doses* ont varié de 0 gr. 25 à 1 gr. 75. Nous augmentons la dose de 25 centigr. par périodes plus ou moins longues, selon l'âge des malades, les diminuant si l'enfant avait au-dessus de 10 ans, les allongeant pour les plus jeunes. D'autres fois, surtout en ville, nous avons prescrit la glande thyroïde en *capsules*, en *sphérulines*, en *tablettes* (2).

Nous avons l'habitude de donner la glande pendant trois mois, de suspendre pendant 2 ou 3 mois et de recommencer.

Pour éviter des accidents, nous surveillons le *pouls* et nous prenons régulièrement la *température rectale* matin et soir, et, dès qu'elle dépasse 38°, nous supprimons le médicament qui est repris quelques jours après. Mieux vaut avoir des résultats plus lents, moins brillants, que d'avoir des accidents.

Pour nous assurer des résultats, nous notons le *poids* et la *taille*, et nous faisons *photographier* de temps en temps les malades. En cas d'amaigrissement trop rapide, nous arrêtons le traitement (3). C'est grâce à ces précautions que nous n'avons jamais eu à enregistrer d'ac-

(1) Voir, dans le t. XIV, p. 125, 1903, des *Arch. de neurologie*, la *Bibliographie* de nos publications sur le myxœdème infantile. Cette bibliographie figure aussi dans le *Compte-rendu* de Bicêtre pour 1902, p. 131. Les *Comptes-rendus* de Bicêtre contiennent un certain nombre d'observations des autres formes de nanisme. Signalons, entre autres, le cas de Rich..., atteint de *nanisme* et d'*obésité* (1895, p. 126 et 1903), etc.

(2) Depuis quelque temps l'Administration faisant fabriquer des capsules de glande thyroïde, nous les prescrivons quand l'approvisionnement de glande fraîche manque ou est insuffisant. Nous ne saurions trop fortement conseiller aux médecins qui prescrivent la *glande thyroïde fraîche* de bien s'assurer que les bouchers ne fournissent pas, à sa place, des ganglions ou des glandes salivaires. Les *capsules* des hôpitaux contiennent dix centigr. de *glande thyroïde fraîche*, qui est ensuite desséchée à une température de 40° à 50°, après mélange intime avec de la poudre de charbon végétal.

(3) Par suite de l'amaigrissement, les parents s'inquiètent quelquefois et on est obligé de suspendre.

cidents. Nous ne saurions trop engager nos lecteurs à procéder de même.

Avant la découverte de la *radiographie*, nous ne nous expliquions pas pourquoi, chez certains malades, la taille restait stationnaire. Depuis, nous nous en sommes rendu compte en constatant que les cartilages épiphysaires étaient soudés, même chez des jeunes malades, dont l'âge n'aurait pu le faire soupçonner. Aussi, maintenant, avant d'instituer un traitement inutile, faisons-nous radiographier les genoux des enfants (1). Lorsque après des traitements fructueux nous voyons le dernier traitement ne plus agir, nous faisons radiographier de nouveau le sujet, l'ossification des cartilages nous en fournit l'explication.

Résumé des effets thérapeutiques dans deux des catégories de nains. — Les *myxœdémateux infantiles* sont ceux qui bénéficient le plus et toujours du *traitement thyroïdien.* La *nutrition* — et nous avons été l'un des premiers, sinon le premier, à relever ce point — est profondément améliorée, tous les organes, toutes les *fonctions* en bénéficient : l'intelligence s'éveille, le *système musculaire*, le *système osseux* (2) se développent l'*infiltration graisseuse* disparaît, la *peau* et la *sécrétion cutanée* deviennent normales ; la *respiration*, la *circulation* se régularisent ; la *bouffisure* de la face, des mains et des pieds s'efface. Le *système pileux* s'accuse progressivement, la *menstruation* apparaît (3). En un mot, l'organisme tout entier évolue vers un état physiologique qui rapproche l'enfant myxœdémateux de l'enfant normal, d'autant plus que le *traitement a été appliqué à un âge moins avancé*. Aussi, chez nos myxœdémateux *traités jeunes*, l'amélioration est telle qu'un médecin non averti serait fort embarrassé pour reconnaître le myxœdème.

Nous avons dit que l'un des symptômes physiques de l'idiotie mongolienne consistait en un *arrêt de la croissance.* Sous l'influence du *traitement thyroïdien*, nous avons vu que la croissance reprenait son cours. Il s'ensuit que, lorsque la taille est redevenue normale, il convient de suspendre le traitement, quitte à le reprendre s'il se produit un nouvel arrêt.

Chez plusieurs malades, la médication thyroïdienne, après avoir déterminé un accroissement — ralenti ou presque nul depuis quelques années —, semble lui avoir donné en quelque sorte, un coup de fouet. En d'autres termes, la taille continue de s'accroître, en dehors de tout traitement.

En terminant ce travail, nous croyons devoir nous excuser auprès de nos lecteurs d'avoir été peut-être un peu long, mais nous espérons qu'ils ne nous en voudront pas en raison du *caractère pratique incontestable* qu'il présente.

(1) Les radiographies sont faites au Laboratoire de la Salpêtrière par M. INFROIT, dont chacun se plaît à reconnaître l'obligeance et l'habileté.

(2) La persistance, presqu'indéfinie de la fontanelle antérieure est un symptôme classique du myxœdème infantile. Ce symptôme disparaît, en d'autres termes, la *fontanelle antérieure* se ferme chez les myxœdémateux traités par la glande thyroïde.

(3) Une *myxœdémateuse* que nous observons depuis 1887, âgée aujourd'hui de 29 ans, Wath... (Augustine), a été réglée le 22 nov. 1903, et ses règles sont régulières, abondantes, durant 3 à 4 jours. — Une autre, Gangl...(Clémence), âgée de 23 ans, a été réglée le 17 août 1903 ; rien en septembre et octobre ; depuis, elles ont été régulières, abondantes, durant 3 jours, indolores.— Leur *fontanelle antérieure* a fini par se souder. Toutes deux ont été soumises un grand nombre de fois au traitement thyroïdien.

CRÉATION D'UNE ÉCOLE DE MÉDECINE FRANÇAISE EN CHINE. — Les journaux politiques annoncent que le vice-roi de Setchouan va créer une école de médecine dirigée par des professeurs français où trente étudiants seront destinés à créer le service de santé de l'armée chinoise.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

A propos d'un livre de déontologie.

« Je répudie énergiquement l'assassinat médical, « parce qu'il outrage la vocation, la tradition et la re- « ligion du médecin. »

« Ces principes (de la recherche scientifique), qui « sont les mêmes pour tous, doivent plus particuliè- « rement régler le sentiment du respect du médecin « catholique auprès de son malade ; — la prudence, la « justice, l'énergie et la commisération sont toujours « nécessaires au médecin ; — son malade a toujours la « dignité de l'homme ; il est surtout l'image et la res- « semblance de Dieu ».

Ces lignes, qui terminent les deux parties d'un livre récent du Dr Guermonprez : « (L'assassinat médical et le respect de la vie humaine » (Paris, J. Rousset 1904), résument la doctrine de cet ouvrage très documenté et d'une lecture attachante.

Elles surprennent cependant ceux qui sont habitués à faire leur conscience juge de tous leurs actes et qui, soumis à une morale dont ne peut se réclamer aucune confession, ont donné à l'humanité des gages constants d'abnégation et de dévoument.

Je ne sais pas quelle est la morale particulière aux médecins étrangers ; sans doute elle ne diffère pas beaucoup de celle que professent les peuples de leur patrie ; mais il ne nous déplaît pas non plus de penser qu'elle est plus pure en général et meilleure que celle de la majorité de leurs concitoyens. Les médecins de l'antiquité nous ont laissé de grands exemples, et s'il est connu que Galien a fui la peste de Rome, combien d'obscurs dévouements, que l'histoire n'enregistre pas, sont là pour racheter la faute d'un seul !

Que si un médecin aujourd'hui faillit à sa mission, personne n'a le droit de dire que les médecins aient démérité. Ne vont-ils pas au premier appel d'un malade le guérir souvent, toujours le consoler ; sans jamais s'arroger le droit d'abréger ses jours. M. Guermonprez croit à la nécessité d'un idéal divin pour remplir ce programme. Mais ce dogme, longuement étayé par l'auteur, a toujours été pour tous un article de foi.

Quant à la commisération que nous doit inspirer le malade, elle procède d'une morale magnifique, inspirée par la « caritas generis humani », morale essentiellement humaine.

Mais ces conseils donnés aux médecins et aux jeunes étudiants, ont-ils plus d'autorité venant d'un médecin catholique ? J'ai retrouvé dans des notes anciennes le texte des paroles que prononçait le professeur Pitres à un discours de rentrée de la Faculté de médecine de Bordeaux : « Il faut que vous le sachiez, Messieurs, vous « surtout Messieurs les nouveaux venus ; la pro- « fession médicale n'est pas une de ces carrières faci- « les, commodes et lucratives, dans lesquelles le suc- « cès et la fortune arrivent sans effort et sans peines. « Elle est, au contraire, pleine de périls et d'amertumes. « Si vous l'avez choisie pour vous préparer une exis- « tence de bien-être tranquille, quittez-nous sans re-

« tard ; ne mettez pas les pieds dans nos laboratoires « où vous aurez à accomplir des besognes répugnan- « tes ; ne franchissez pas le seuil de nos hôpitaux, où « vous serez écœurés par le spectacle de la misère et de « la souffrance; ne vous exposez pas à des désillusions « cruelles ; choisissez, pendant qu'il en est temps en- « core, une carrière plus en rapport avec vos goûts et « vos aptitudes. Ne restez avec nous que si vous êtes « animés d'un amour ardent de la science et de l'huma- « nité. Car cet amour est le seul sentiment qui puisse « faire supporter sans défaillances les rudes labeurs des « études, les lourdes responsabilités de la pratique et « les amertumes résultant des préventions injustifiées « et de l'ingratitude des hommes. »

Ces paroles mériteraient, me semble-t-il, de servir de préface aux études médicales de chacun, et tout commentaire en affaiblit la portée. Elles enseignent mieux qu'un livre la dignité médicale dans le difficile exercice de la profession ; et je préfère l'homme qui trouve dans sa seule conscience le stimulant d'une vie généreusement consacrée à servir la science et à soulager l'humanité, je le préfère, dis-je, à celui pour qui la crainte de Dieu est le commencement de la sagesse.

André LOMBARD.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 21 novembre 1904.

Mesure de la sensibilité gustative chez l'homme et chez la femme.

M. VASCHIDE a pratiqué l'examen, avec le gusi-esthésimètre Toulouse-Vaschide, de la sensibilité gustative chez l'homme et chez la femme. La méthode consiste à se servir de solutions aqueuses de produits définis pour déterminer l'acuité sensorielle pour chacun des éléments de la gustation : salé, doux, amer, acide.

Il résulte des expériences de l'auteur que l'homme a une sensibilité plus fine que la femme pour le salé ; la supériorité persiste en faveur de l'homme, mais avec moins de différence pour l amer ; pour l'acide et le doux, leur sensibilité gustative est presque égale, tant pour la sensation que pour la perception.

Bien que l'homme paraisse avoir un goût plus fin, la femme est supérieure pour la reconnaissance des saveurs-odeurs : sur 10 saveurs-odeurs, les hommes en reconnaissent en moyenne 6,42, tandis que les femmes en reconnaissent 7,46 cela tient sans doute à l'habitude qu'ont les femmes de porter, par leurs occupations de ménagères et leurs habitudes de toilette, davantage leur attention sur les saveurs et les odeurs des corps.

Elimination du soufre et du phosphore ; déminéralisation de l'organisme et grandeur de la molécule élaborée moyenne dans les dermatoses.

MM. DESGREZ et AYRIGNAC ont récemment établi les modifications de l'histolyse produite par les dermatoses. La détermination de quelques rapports urologiques et de la molécule élaborée moyenne leur permet aujourd'hui de pénétrer plus avant dans l'étude des premiers faits observés.

Les rapports du phosphore et du soufre à l'azote total montrent, en effet, que les nucléo-albumines et les albumines riches en soufre telles que les sératines, sont proportionnellement plus détruites dans les dermatoses que les autres substances albuminoïdes. Le coefficient d'oxydation du soufre n'est inférieur à la valeur normale que dans 41 % des cas: C'est un résultat analogue à celui que les auteurs avaient antérieurement établi pour le rapport azoturique, et qui prouve, encore une fois, que la quantité de l'histolyse n'est pas réduite par les dermatoses aussi souvent que sa quantité.

Quant à la déminéralisation de l'organisme et à la grandeur de la molécule élaborée, elles n'ont été trouvées supérieures à la normale que chez 56 % des malades. On conçoit d'ailleurs que les valeurs de la molécule élaborée moyenne suivent celle des rapports azoturique et d'oxydation du soufre. Les résultats indiquent en effet qu'elles se contrôlent et se vérifient réciproquement.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 26 novembre 1904.

Acidification des viscères, signe certain de mort.

MM. BRISSEMOREL et AMBARD. — Les viscères, le foie et la rate, sont alcalins pendant la vie et deviennent rapidement acides après la mort.— On peut rendre cette acidité évidente en ponctionnant le foie ou la rate avec une aiguille capillaire et en déposant la pulpe sur un papier tournesol bleu, un peu épais, mais non spongieux.— Si la mort est récente, l'acidité est faible et peut être marquée par le sang alcalin. Si la mort est plus ancienne, la tache rouge se voit à l'envers du papier de tournesol. C'est un *phénomène constant* constatable même un quart d'heure après la mort.

Analyse du suc gastrique réflexe.

M. CARNOT. — Pour faire l'examen du suc gastrique, en retirant la cause d'erreur due à l'introduction de substances étrangères dans l'estomac, l'auteur propose l'analyse chimique du suc gastrique réflexe obtenu sans repas d'épreuve — après simple mastication d'un repas fictif mixte — Chaque sujet présente en acide chlorhydrique *libre* et en pepsine une caractéristique spéciale :

A l'état pathologique, un grand nombre de dyspeptiques, de tuberculeux, d'alcooliques, offrent une exagération, une diminution ou une abolition du réflexe gastrique, qui se juxtapose à l'altération de la muqueuse, pour donner des chiffres d'analyse spéciaux à chaque malade.

Elimination urinaire au cours de la déchloruration.

MM. J. et R. VOISIN et KRANTZ ont observé chez des débiles arriérés et des épileptiques que, sous l'influence de la déchloruration, il y a une diminution globale des éliminations urinaires. et une augmentation de l'élimination des substances élaborées portant, non sur les phosphates qui diminuent, mais sur les produits de désassimilation (urée et azote total). Si certains auteurs, expérimentant sur eux-mêmes, ont constaté une augmentation de l'élimination des phosphates (Claude), cela tient à l'intervention d'un facteur psychique, facteur hors de cause chez les malades de MM. Voisin et Krantz.

Dyscrasie acide.

MM. DESGREZ et ADLER. — Dans la dyscrasie artificielle produite par l'acide chlorhydrique injecté sous la peau, l'élaboration azotée diminue de 20 % de la valeur normale. On note la désintégration prépondérante des albumines les plus riches en soufre, telles que les kératines ; diminution constante de la sécrétion rénale et de la puissance synthétique de la cellule vivante et augmentation des déchets azotés contenus dans les tissus. La dyscrasie acide semble dénuée d'influence sur le coefficient d'oxydation du soufre.

MM. GILBERT et JONNIER communiquent les résultats de leurs recherches sur l'arrêt mécanique de grains coalescents dans la lumière des capillaires sanguins du foie.

MM. ROPPRIS et BLAIZOT (de Nantes) ont fait des expériences de sérothérapie anti-tuberculeuse au moyen de sérum d'animaux vaccinés.

E. P.

Séance du 4 décembre 1904.

Cancer primitif du foie et cholémie familiale.

MM. GILBERT et LEREBOULLET. — Le cancer primitif du foie se développe de préférence chez les malades appartenant à

la famille hépatique ; qu'il s'agisse de cancer massif, de cancer nodulaire primitif, de cancer avec cirrhose, les antécédents familiaux permettent de reconnaître le terrain biliaire. Chez un de nos malades atteint de cancer du foie avec cirrhose à marche rapide, et vérification à l'autopsie, la mère était morte de cancer du sein et le père cholémique. Le fils avait aussi été cholémique d'où la localisation du cancer chez lui.

Chez des malades où le cancer hépatique est douteux, l'absence d'antécédents biliaires, personnels ou héréditaires, peut faire rejeter le diagnostic de cancer primitif et adopter celui de cancer secondaire.

Préparation d'un sérum névrotoxique par la méthode d'immunisation rapide.

M. Armand Delille a obtenu un sérum névrotoxique pour le chien, en préparant des cobayes par des injections intrapéritonéales répétées tous les 5 jours, de petites doses d'émulsion de substance cérébrale de chien.

Le sérum des cobayes ayant reçu 1 gramme de cerveau de chien 5 fois est névrotoxique en injection intra-cérébrale pour le chien et le tue en quelques heures à forte dose : 1 cent. par kilogr. A dose moindre, il provoque des crises convulsives et de la torpeur.

Accès convulsifs épileptiques et élimination urinaire.

MM. J. Voisin, R. Voisin et Krantz. — L'accès épileptique ne modifie pas directement l'élimination urinaire, ni en chlorure de sodium, ni comme substances élaborées. S'il y a série d'accès, on remarque l'augmentation de l'élimination, alors qu'avant et après l'accès il y a une légère rétention de substances.

L'accès épileptique est donc consécutif à une intoxication par rétention et non le fait de cette intoxication, rétentions qu'on peut retrouver chez les débiles non épileptiques.

L'attaque convulsive, chez l'épileptique, relève de la quantité et de la qualité des produits retenus, soit d'une susceptibilité héréditaire ou acquise de la cellule nerveuse, soit des deux facteurs.

Zoomylie hépatique dans les affections et intoxications.

MM. Lœper et Esmonet. — Les infections et intoxications humaines et expérimentales, quelle que soit la porte d'entrée, donnent des resultats sur le glycogène du foie.

La zoomylie, peu modifiée dans la première heure, diminue en îlots et en nappes péri-portales et peut disparaître.

Les microbes, surtout le bacille de Koch, donnent des foyers infectieux riches en glycogène alors que la cellule hépatique en est dépourvue.

Les intoxications légères et répétées, les irritations toxiques, provoquent une hyperzoomylie manifeste. Les variations de glycose dans le sang sont manifestes mais non parallèles à celles des glycogènes hépatiques.

Pseudo-encéphalie.

M. Rabaud. — Sur les moelles de fœtus pseudo-encéphaliens ou anencéphaliens, on suit le processus de l'inflammation méningitique qui gagne en dehors vers la dure-mère et en dedans vers la moelle. Les vaisseaux se multiplient, leur gaine s'épaissit et de là provient un tissu vasculaire qui se substitue au tissu nerveux. Ces phénomènes méningitiques sont accompagnés d'hypertension qui détermine une courbure proéminente de la colonne vertébrale, d'où l'attitude spéciale de ces fœtus, tête renversée en arrière ou enfoncée dans les épaules. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 décembre

Les ferments métalliques, en particulier dans la pneumonie.

M. A. Robin fait une communication très importante sur l'action à doses infinitésimales des ferments métalliques.

Bredig et ses continuateurs ont montré qu'en faisant passer un petit arc électrique entre des électrodes métalliques immergées dans l'eau distillée, on obtenait de véritables solutions renfermant, par centimètre cube, de neuf centièmes à deux dixièmes de milligramme du métal employé. Les mêmes auteurs ont constaté que ces solutions possédaient certaines réactions des diastases organiques et que ces réactions pouvaient être *accélérées* ou *inhibées* par les agents capables de la même influence sur les diastases.

M. Robin a poursuivi cette comparaison chez l'homme. Qu'on injecte sous la peau des solutions contenant quelques dix-millièmes de gramme d'un métal, tel que le palladium, le platine, l'or, l'argent, etc., et l'on observera des effets chimiques considérables et qui sont de tous points similaires à ceux obtenus avec des diastases extraites des levures.

Ces effets sont :

1° Une augmentation de l'urée, qui peut s'élever de plus de 30 %, et atteindre des quantités telles que, par l'addition directe d'acide nitrique à l'urine, on voit se déposer, plus ou moins rapidement, au fond du verre, un gros culot de nitrate d'urée. Cette élévation du taux de l'urée, variable dans son intensité, est presque constante dans tous les cas, sauf chez les cancéreux avancés et les cachectiques en général ;

2° L'augmentation du coefficient d'utilisation azotée ;

3° L'augmentation de l'acide urique qui peut atteindre des chiffres considérables (jusqu'au triple de la quantité initiale) ;

4° Une véritable décharge d'indoxyle urinaire ;

5° Une diminution dans la quantité d'oxygène consommé total, sans abaissement parallèle de l'acide carbonique formé, d'où élévation du quotient respiratoire ;

6° Une élévation temporaire de la tension sanguine ;

7° A la suite de ces injections, M. Robin a observé encore, avec P.-Emile Weil, de profondes modifications dans les éléments figurés du sang.

Dans les pneumonies infectieuses, l'action thérapeutique de ces ferments paraît extraordinaire. Ils agissent en stimulant les réactions de l'organisme. M. Robin compare leur effet à celui des diastases organiques : sérum antidiphtéritique lacto sérum, réductases de la levure. Il n'a perdu qu'un seul malade, et après la défervescence faite, sur quatorze cas de pneumonie graves ainsi traités. Il conclut finalement :

1° Que les métaux divisés à l'extrême sont capables d'actions physiologiques considérables, et hors de proportion avec la quantité du métal employé ;

2° Que ces métaux, agissant à des doses que la thérapeutique considérait jusqu'à présent comme inactives et inutiles, impressionnant profondément des actes chimiques de la vie dont les déviations sont conjuguées à de nombreux états morbides, sont probablement destinés à prendre une place importante dans l'arsenal de la thérapeutique fonctionnelle.

Tuberculose en Normandie.

M. Deshayes (de Rouen) montre la rareté de la contagion hospitalière sur le personnel des hôpitaux de Rouen. Il oppose la fréquence de la maladie dans les villes à sa rareté dans les campagnes normandes sur les habitants n'ayant pas émigré. Il préconise les sanatoriums de fortune et même, pour les tuberculoses latentes le simple traitement dans des familles de cultivateurs ainsi qu'on le fait en Belgique pour la plupart des aliénés.

Hyposthénie cardio-vasculaire de la ménopause.

M. Huchard lit son rapport sur le travail de M. Pawinski sur les troubles cardio-vasculaires survenant chez les femmes à la période de la ménopause. L'auteur ne pense pas qu'il s'agisse d'hystérie ni de neurasthénie; il attribue l'action hypotensive générale à l'arrêt du fonctionnement de l'utérus et de l'ovaire. Cette pathogénie est importante au point de vue du traitement par l'organothérapie.

Elections.

La commission académique, chargée de dresser la liste des candidats à la place vacante d'associé libre fait les présentations suivantes :

En 1re ligne, M. Voisin ; en 2e ligne (par ordre alphabétique), MM. Chamberland et Maurice de Fleury ; en 3e ligne, MM. Capitan, Castex, Pierre Janet. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 novembre 1904.

A propos des anévrismes (suite).

M. Arrou rapporte l'observation suivante à laquelle M. Monod avait précédemment fait allusion. Il s'agit d'un saltimbanque de 46 ans, syphilitique depuis 25 ans et insuffisamment traité. Au mois d'août dernier, il s'était aperçu de la présence d'une tumeur dans son creux poplité accompagnée de douleurs très vives et de claudication. Le malade se décide à entrer à Saint-Antoine ; à l'examen, on constate un anévrisme banal avec œdème de la jambe et varicosités.

L'opération a lieu le 26 octobre 1904 : incision de 25 cent. sac mou, difficile à disséquer. Extirpation après ligature des deux bouts de l'artère : la ligature inférieure a été pratiquée à 2 cent. au-dessous de l'émergence de la tibiale antérieure.

Le pied a été chaud dès la fin de l'opération et l'état de la circulation du membre n'a, à aucun moment, inspiré d'inquiétude.

Cancer du sein et radiothérapie.

M. Lejars présente une malade chez laquelle, il y a 3 ans, on avait extirpé un cancer du sein avec noyaux cutanés et ganglions dans l'aisselle. Il y a un an, on est intervenu pour une récidive. Seconde récidive il y a 8 mois, et cette fois inopérable. M. Lejars l'envoie alors à M. Béclère qui la soumet à des séances de radiothérapie. Elle est aujourd'hui guérie.

M. Béclère présente une malade qui est en traitement depuis le 5 juillet dernier pour un cancer du sein : il ne reste plus chez elle qu'un petit noyau intra-mammaire ; quant aux ulcérations, elles ont disparu.

Jusqu'ici, M. Béclère a eu à s'occuper de 44 malades atteintes de cancer du sein, dont 23 lui ont été envoyées après une ou deux opérations suivies de récidive, 16 jugées inopérables d'emblée et 3 opérables.

a) Chez les malades en état de récidive : 1° les noyaux *cutanés*, ont toujours disparu ; 2° les petits noyaux durs sous-cutanés ont également disparu ; 3° les ulcérations se sont réparées. Mais la plupart de ces malades ont fini par succomber à des troubles provoqués par l'envahissement des ganglions thoraciques.

Le pronostic, en pareil cas, dépend donc du caractère superficiel des lésions. Presque toujours on assiste à une amélioration considérable de l'état général.

b) Chez les malades jugées inopérables il a fait les mêmes constatations pour les lésions superficielles. Malheureusement, les lésions profondes continuent à évoluer. Dans les formes squirrheuses, on constate une diminution de volume coïncidant avec une augmentation de la consistance de la tumeur.

c) Enfin, chez des malades (peu nombreuses encore) qui ont été soumises à l'action des rayons dès le début de leur affection, l'observation de M. Béclère est trop incomplète pour qu'il puisse formuler un avis à leur sujet.

M. Béclère termine en disant qu'il y aurait lieu, peut-être, de faire de la radiothérapie préventive consécutivement à l'intervention chirurgicale.

M. Delbet demande à M. Béclère s'il suit une technique spéciale ; car chez les malades de son service qui ont été soumises au même traitement, les résultats sont loin d'être aussi encourageants.

M. Béclère déplore, à ce sujet, l'insuffisance des installation hospitalières. La technique suivie a une importance capitale ; le principe qui la domine est le suivant : à chaque séance, soumettre la lésion au maximum d'action compatible avec l'intégrité de la peau ; réduire l'intervalle des séances à leur minimum.

M. Tuffier a constaté l'action merveilleuse des rayons X, sur les épithéliomas exclusivement cutanés, mais il n'a observé, parallèlement, aucune action sur les lésions profondes.

Note sur un mécanisme de propagation du cancer du sein.

M. Tuffier, à propos des grains cutanés siégeant à un ou deux travers de doigt de la cicatrice d'une amputation du sein pour cancer, indépendants de toute distribution vasculaire et séparés par des intervalles de peau saine, s'est livré avec M. Bornel, de l'Institut Pasteur, à de nombreuses recherches microscopiques et a constaté les faits suivants : sur un grain tout à fait au début on voit un épiderme intact ; au niveau d'un follicule pileux. en rapport avec son épithélium, des cellules cancéreuses *du sein*, envoyant des rayons du follicule.

L'inoculation s'est donc faite au *niveau* de la peau, par la pénétration des germes à travers l'orifice du poil.

M. Delbet se demande s'il ne s'agit pas là d'apport de germes ou de cellules cancéreuses par les lymphatiques.

Uronéphrose intermittente par conformation vicieuse du bassinet.

M. Bazy rapporte l'observation d'une fillette de neuf ans, très probante à cet égard, et confirmant les idées qu'il a émises il y quelques mois sur le rôle des bassinets mal conformés.

L. Kendirdjy.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 décembre 1904

Anévrisme aortique.

MM. Petit et Lafosse communiquent deux cas d'anévrisme ; le premier s'est ouvert à la peau, le second dans la plèvre droite. Les deux malades étaient syphilitiques, l'anévrisme, dans les deux cas, siégeait sur la portion ascendante du vaisseau. Chez le premier malade il existait une tumeur thoracique pulsatile, avec peau luisante et distendue, depuis le mois de mars 1903 ; la rupture s'est faite au mois de mai suivant. La tumeur s'est mise à suinter du sang pendant deux jours, ensuite la rupture s'est produite avec un flot de sang soulevant le tampon recouvrant la tumeur. A l'autopsie, on a découvert une seconde poche anévrismale intra-thoracique, du volume d'une orange, communiquant d'une part avec la poche sous-cutanée et profondément avec une troisième tumeur, constituée par une dilatation de l'aorte ascendante, du volume des deux poings environ. — L'anévrisme du second malade se rompit dans le médiastin postérieure et dans la plèvre droite.

La guérison apparente de l'hydropneumothorax tuberculeux.

M. Galliard. — L'hydropneumothorax tuberculeux, qui, par suite de la cicatrisation de la rupture pulmonaire, se transforme en hydrothorax, se résorbe-t-il complètement ! Certains auteurs ont publié des observations affirmatives. M. Galliard pense que si ces malades étaient suivis plus longtemps, on aurait pu constater chez ces malades une pleurésie chronique, séreuse ou purulente. Il rapporte un cas illustrant sa manière de voir et insiste sur la gravité du pronostic des pleurésies consécutives au pneumothorax.

Purpura systématisé par intoxication salicylée.

M. Ramond.—Chez un blennorrhagique atteint de douleurs rhumatoïdes, apparaît, au seizième jour de l'infection, une éruption progressive polymorphe. Corps, plaques ecchymotiques, papules, pétéchies — au niveau des territoires sensitifs des deux petits sciatiques et des deux nerfs brachiaux cutanés internes. Cette éruption suivit de quelques heures l'administration du salicylate de soude, lequel ne s'éliminait que très lentement : 1 gr. 60 par quarante-huit heures sur les 10 grammes prescrits pendant ce laps de temps. L'élimination des autres sels était normale.

M. Marfan communique sa *statistique du pavilllon de la diphtérie des « Enfants-Malades »*. La mortalité a baissé de 50 à 21 pour 100.

B. T.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 novembre 1904 (Suite.) — PRÉSIDENCE DE M. TISSIER.

Sur un cas de diabète bronzé, avec considérations sur l'évolution de cette maladie ;

par le Dr **MARGAIN**.

J'ai eu l'occasion d'observer à l'hôpital de l'Ile des Pins (Nouvelle-Calédonie) un cas de diabète bronzé qui présente quelques particularités intéressantes.

Voici, résumée, l'observation de ce malade :

Le nommé Dela...., relégué, 47 ans, entre à l'hôpital le 25 septembre 1902 pour ascite volumineuse.

C'est sa dixième admission à l'hôpital. Les entrées antérieures ont eu lieu pour des accidents qui se divisent en trois groupes :

1° Avant 1895, accidents chirurgicaux d'ordre banal ;

2° En 1895, accidents névralgiques ;

3° En 1901 et 1902, période ascitique ;

Accidents héréditaires mal connus.

Antécédents personnels. — Ne présente ni arthritisme, ni paludisme. Alcoolisme à début ancien.

Depuis 2 mois seulement, polyphagie modérée, polydipsie, polyurie et pollakiurie. L'amaigrissement et les poussées d'ascite ont commencé il y a deux ans.

Ce malade présente une pigmentation cutanée foncée uniforme, respectant les muqueuses, ayant débuté il y a quelques mois.

Rétraction ancienne des deux aponévroses palmaires.

Teinte subictérique des conjonctives et de la face inférieure de la langue.

Amaigrissement prononcé, adynamie extrême.

Légère ascite et tympanisme abdominal qui, à sa disparition, laisse au ventre la forme du ventre de batracien.

Placards de lymphangite réticulaire et dilatation du réseau veineux sous-cutané au niveau de l'abdomen.

Région hépatique très sensible au toucher, foie dur, volumineux.

Rate légèrement hypertrophiée.

Troubles digestifs insignifiants.

Selles normales, polyurie abondante.

Intégrité de l'appareil respiratoire.

Pouls irrégulier à 72, artères dures. Allongement de la matité cardiaque. Bruit de galop gauche avec claquement au niveau de l'orifice aortique.

Réflexes rotuliens supprimés. Autres réflexes normaux.

Engourdissement douloureux dans la sphère des anciennes névralgies.

Etat mental triste.

Du 5 septembre au 6 décembre, poussées ascitiques rapides et abondantes.

Apparition de bronchite et d'œdème aux membres inférieurs, qui va s'augmentant jusqu'au 9 décembre, date de la mort du malade.

— Autopsie pratiquée le 10 décembre.

Présence du liquide ascitique dans l'abdomen. Les anses intestinales sont noires et très distendues.

Foie volumineux, de teinte rouillée et grisâtre, très dur, pesant 1 k. 930. Le vésicule biliaire contient un peu de bile épaisse et décolorée.

Rate noire, pesant 265 grammes.

Cœur, pesant 600 grammes, très hypertrophié, teinte feuille morte du myocarde.

Pancréas légèrement ramolli, rouillé.

Cerveau, reins, capsules surrénales normaux.

Poumons brun-roux, sans traces de tuberculose, légère congestion hypostatique des bases.

Etude histologique des lésions. — Foie : Cirrhose biveineuse, surtout périportale, pigmentaire dans le tissu conjonctif et dans les cellules hépatiques. Formation de pseudo-canalicules biliaires.

Rate : Sclérose capsulaire et trabéculaire. Pigment ocre dans le tissu conjonctif et la pulpe.

Pancréas : Légèrement sclérosé et pigmenté, conservation de quelques îlots de Langerhans, petits et pigmentés.

Cœur : Légère sclérose. Le pigment est situé dans la fibre en chapelets parallèles à sa striation longitudinale.

Poumons : Tissu conjonctif hyperthrophié et pigmenté.

Examen des liquides organiques du vivant du malade. — Urine blonde, de densité 1028, ne contenant pas d'albuminurie. Renferme du sucre, des pigments biliaires et de l'urobiline. Elle donne avec le tannin un précipité noir.

Le sang présente les réactions de Bremer et de Williamson. Le sérum contient des sels biliaires et du pigment.

A l'examen microscopique du sang on constate la présence de pigment ocre, de l'état vacuolaire quelques globules rouges et de l'hypoleucocytose.

Le liquide ascitique contient également des pigments et sels biliaires et du sucre.

A l'occasion de cette observation, je crois devoir relever un point intéressant de l'évolution de cette maladie qui, systématiquement recherché dans les cas que l'on pourra observer par la suite, pourrait jeter quelque lueur sur sa pathogénie si discutée.

En effet, en lisant les diverses observations publiées, on est frappé de la brusquerie du début de cette affection qui fait à l'organisme une attaque soudaine, paralysant toute défense de sa part et amenant sa ruine prochaine. Mais si l'on examine en détail les mêmes cas, on en arrive à se poser cette question : le diabète bronzé n'est-il pas un trouble trophique à longue évolution, ne se revélant avec intensité que quand le processus a atteint les éléments nobles glandulaires ?

Dans plusieurs observations, en effet, nous relevons des signes singuliers, mal expliqués, variés, qui semblent donner de l'importance à cette hypothèse.

Le malade observé par M. Barth a perdu un grand nombre de dents et les autres sont en mauvais état, mais ce cas ne nous apprend rien de précis, car ce malade est un syphilitique et c'est peut-être à ce titre qu'il est porteur de cette lésion.

Il n'en est plus de même pour celui qui fait l'objet de la deuxième observation de M. Letulle. En effet, quatorze ans avant le début de son diabète bronzé, ce malade a perdu rapidement et complètement ses dents, et cette fois nous ne trouvons pas d'explication rationnelle à ce fait. L'histoire pathologique antérieure de ce malade est nulle. il n'est ni rhumatisant, ni syphilitique. On pourrait bien, il est vrai, voir là un accident diabétique, mais rien ne nous autorise à croire que le malade fut diabétique à cette époque, car si son analyse d'urine n'a pas été pratiquée à cette date, en revanche, il ne présentait aucun symptôme diabétique saillant et c'est seulement dix ans après que s'indiquent très nettement le début de la polyurie, de la polydipsie, en un mot, le syndrome diabetique que l'examen urinaire vient confirmer.

D'autres troubles trophiques et nerveux peuvent aussi faire leur apparition à une date bien antérieure à celle du diabète bronzé confirmé, troubles d'ailleurs analogues à ceux qu'on a observés dans le diabète vulgaire. Citons les douleurs abdominales et la diminution d'acuité visuelle du malade qui fait le sujet de la deuxième observation de M. Hanot, les névralgies dans le domaine du fémoro-cutané qu'a présentées mon malade et peut-être celles du malade de M. Gonzalez Hernandez, sur la nature desquelles il y a doute, en raison du paludisme antérieur.

Un fait, plus caractéristique encore, c'est la constatation, chez mon malade et chez les deux sujets observés par M. Letulle, d'une rétraction symétrique des aponévroses palmaires dont la date d'apparition est inconnue mais certainement ancienne.

A quoi devons-nous rattacher ces phénomènes, pour

lesquels je voudrais voir adopter l'épithète de pro-mélano diabétiques ?

Ils indiquent évidemment un trouble des centres trophiques ou des nerfs périphériques ; mais ce trouble doit-il être considéré comme essentiel dans le diabète bronzé ? Le peu d'observations que nous possédons relativement à cette affection rend la réponse bien difficile à faire. Il serait aussi téméraire d'affirmer que de nier. Ces symptômes ont manqué dans plusieurs cas, ou, du moins, il n'en est fait nulle mention ; mais nous devons considérer qu'il est de toute évidence que le diabète bronzé, a, comme le diabète vulgaire, un retentissement manifeste sur le système nerveux, puisqu'il amène parfois des troubles oculaires et, constamment, l'abolition des réflexes rotuliens. Il est vrai que ce dernier trouble paraît tardif, puisque M. Gonzalez Hernandez n'a observé la disparition de ces réflexes qu'à la période cachectique.

Il est donc impossible, à l'heure actuelle, de donner une réponse nette à cette question de l'existence et de la valeur des phénomènes promélanodiabétiques et surtout de soupçonner leur pathogénie et leurs rapports avec les symptômes connus du diabète bronzé ; mais cette question m'a paru valoir la peine d'être posée en vue des observations ultérieures et de la nécessité d'un examen plus complet du système nerveux au point de vue anatomo-pathologique, que les circonstances ne m'ont malheureusement pas permis de pratiquer comme j'en avais l'intention.

Réunion plénière des trois sociétés, de Médecine de Paris, Médico-chirurgicale, et de Médecine et de Chirurgie pratiques.

Séance du 26 *novembre* 1904. — Présidence de M. Tissier, de la Société de médecine de Paris.

M. Paul Guillon (*Secrétaire général adjoint de la Société de médecine et de chirurgie pratiques de Paris*). — Après avoir remercié les rapporteurs du plaisir que j'ai eu à lire leur remarquables travaux si documentés, je commencerai par une bien petite critique, qui ne les touche pas du reste.

Je voudrais préciser l'application d'un terme trop souvent mal appliqué.

Je regrette de voir toujours employer une expression qui, à mon avis, est impropre, c'est celle de *traitement abortif*. D'après l'étymologie (*aboriri*, venir avant le temps), avorter, c'est mourir ou être tué en germe.

Il y a un traitement réellement abortif de la blennorrhagie : il est très ancien, très douloureux, c'est le nitrate d'argent ; mais il n'est sûrement efficace que dans les toutes premières heures de l'éclosion de la maladie, il tue en germe le gonocoque, si l'on peut dire ainsi et guérit radicalement en un jour ou deux ; je peux citer dans ma pratique deux cas de guérison en 48 heures de blennorrhagies formellement reconnues bactériologiques.

Quant au traitement par les grands lavages de permanganate de potasse, quelqu'excellent qu'il puisse être, il n'est pas abortif ; M. Aversenq le dit, du reste ; je veux bien admettre à la rigueur qu'il est, comme tous les autres traitements d'ailleurs, peut-être abortif *des complications*, mais c'est tout ce que je puis concéder.

Cette méthode, généralement dite abortive, et qui serait mieux désignée *traitement local précoce*, est un progrès incontestable. Elle hâte la guérison et abrège la durée de cette période si malpropre autrefois, et si pénible pour le malade, de l'écoulement abondant. Elle tarit rapidement la sécrétion, mais elle ne diminue pas très sensiblement la durée totale de la maladie ; elle dure au moins trois semaines, et encore à ce moment la guérison n'est-elle souvent qu'apparente.

On ne saurait trop insister sur le danger des guérisons apparentes ; c'est même là une des objections, d'ordre presque social, à faire à la médication par le permanganate ; la rapidité de la disparition des symptômes. Il faut avoir bien soin de prévenir le malade, d'avance, qu'il ne doit pas se considérer comme guéri sitôt qu'il ne constatera plus même de suintement. Nombreuses sont les récidives chez les sujets qui ont abandonné trop tôt les lavages, et qui pourraient presque croire, d'après le nom même du traitement, que leur blennorrhagie a avorté.

Ceci dit, je reviens aux rapports.

A propos de l'orchi-épidydimite, un des traitements que je considère comme très précieux, c'est le suspensoir ouatocaoutchouté (Horand, Langlebert), il m'a donné d'excellents résultats constants, et permet d'abréger notablement, quand on ne le supprime pas totalement, la période d'immobilisation au lit.

En passant, je signalerai, sans insister, quelques observations que j'ai faites à propos du pronostic précoce ou plutôt de la prévision possible des complications en général et de l'orchite en particulier.

J'ai noté dans une série de cas, à l'examen du pus d'une blennorrhagie au début (les deux ou trois premiers jours), la présence de nombreux gonocoques extra-cellulaires, ce qui n'est pas le dispositif habituel.

Dans presque tous les cas, fréquemment, il y eut de l'orchite ultérieurement, sans qu'on puisse incriminer le traitement. Il pourrait être intéressant de poursuivre la recherche de tels faits, qu'il me semble difficile d'expliquer par une simple coïncidence.

Je me permettrai de dire à M. Minet que ses conclusions sont peu consolantes, et qu'elles pourraient presque devenir dangereuses, en désespérant malades et médecins.

Je ne crois pas beaucoup, pour ma part, à des récidives chez un malade *guéri*.

Sans dire qu'il n'a pas été traité « convenablement quoique d'une manière prolongée », peut-être serait-il bon de toujours systématiquement réexaminer un malade (surtout au point de vue de la prostate) avant de le renvoyer comme guéri.

Il y a là encore souvent un des méfaits de la *guérison apparente* et de ses dangers sur lesquels on ne saurait trop insister ; le problème est parfois très ardu, la responsabilité du spécialiste est lourde lorsqu'on vient lui demander son autorisation avant un mariage.

J'ai vu beaucoup de guérisons uniquement apparentes, par insuffisance de traitement, mais j'ai connu aussi quelquefois, longtemps après, il est vrai, par des aveux tardifs, les causes véritables de récidives, et dans lesquelles le traitement n'a rien à voir : il s'agissait de réinfection, et souvent à la première source.

D'abord, pour un malade, la femme, surtout lorsqu'il la connaît bien, qui l'a contaminé est toujours saine ; il en répondrait ; et quand il a été guéri, il est tout disposé à nier l'évidence, et presque à déclarer qu'il n'a jamais été réellement infecté. Je crois, pour ma part, que bien des cas de gonococcisme latent peuvent s'expliquer par un manque de franchise, ou même par simple ignorance ; le mari ne s'est pas aperçu qu'il a infecté sa femme ; une fois guéri, il reprend les microbes là où il les avait déposés.

Il faut absolument répandre cette notion qu'une blennorrhagie *bien soignée* doit guérir.

Si l'enseignement thérapeutique de la blennorrhagie était réellement donné en France, on en guérirait plus et l'on arriverait à distinguer, comme pour le pronostic de la syphilis, uniquement les gonorrhées suffisamment traitées, et celles qui ne l'ont pas été.

Je suis d'accord avec M. Minet : il vaut, certes, mieux prévenir que guérir ; il est préférable pour un malade de ne pas avoir d'orchite chronique ou de complications très persistantes ; mais il ne faudrait pas croire que nous soyons absolument désarmés en face de ces complications. J'ai déjà entendu émettre cette opinion, et même par des urologistes, qu'on ne guérit jamais, par exemple, une uréthrite chronique. Je proteste énergiquement : il est certaines uréthrites particulièrement rebelles : un très petit nombre peuvent même être inguérissables, je le concède, mais, dans la grande majorité des cas, un traitement rationnel, suffisamment prolongé, varié et persévérant, vient à bout des uréthrites et de leurs suites.

J'arrive à la pratique que j'ai adoptée personnellement quant à la blennorrhagie aiguë ou suraiguë.

Il n'est pas de traitement infaillible, certes, mais il en est beaucoup d'excellents.

Le médecin se trouve déconcerté devant le flot montant des médications nouvelles qui sont proposées tous les jours.

Il n'y a pas de maladies plus *populaires*, c'est-à-dire pour lesquelles chacun propose son remède ; et que de préjugés, à vaincre, que de notions dangereuses qui se sont propagées avec le temps.

De tout petits points d'hygiène pratique doivent être mis en lumière. C'est essentiellement dans le traitement de cette affection que la minutie la plus rigoureuse s'impose; de très petits détails négligés compromettent souvent la guérison et empêchent l'efficacité du traitement.

Pas d'ouate obturant le méat, prise dans le prépuce. Le pus séjourne ainsi, faisant macérer le gland, et provoquant souvent des complications.

Le mieux, pour éviter les taches de la chemise, est d'installer un linge flottant, replié dans la ceinture du suspensoir, ou fixé à la chemise par des épingles.

Avoir soin de faire uriner le malade avant chaque lavage, surveiller la forme de l'extrémité de l'instrument, la direction du jet, sa force.

Avant tout, le traitement doit être rationnel.

Que l'on choisisse la vieille méthode d'expectation antiphlogistique, ou le procédé précoce des grands lavages, il ne faut en tous cas pas les mélanger, et faire à la fois deux thérapeutiques contraires. Par exemple, avec des lavages au permanganate, qui ont pour but de tarir rapidement la sécrétion, il ne faut pas prescrire, ou laisser prendre par le malade, les bains chauds, les tisanes bicarbonatées, ou les les eaux alcalines qui font couler. C'est de la logique élémentaire, mais, je le répète, on ne saurait être trop méticuleux dans les détails des soins d'une affection que chacun, à commencer souvent par le malade, croit si bien connaître.

Depuis 1896, je n'ai pas prescrit aux malades d'autre emploi du permanganate, au début d'une blennorrhagie que les lavages du canal *antérieur* (1), *à canal ouvert*, à l'aide d'une *poire en caoutchouc*. C'est exactement la méthode que m'a enseigné mon maître Desnos. Je n'admets pas qu'on mette entre les mains d'un malade un appareil à pression.

Je prescris : Solution de permanganate de potasse à 1/4000.

Poire en caoutchouc de 100 à 120 cc. à extrémité conique effilée souple (au besoin, rajouter un embout spécial).

Faire 3 lavages par jour ; à chaque lavage successivement le contenu de 2 poires ; le liquide employé à la température de 40° environ.

Je fais pratiquer ces lavages pendant 2 ou 3 semaines, sans augmenter le titre de la solution.

En général, la sécrétion est tarie au bout de la première semaine, quelquefois même après 4 ou 5 jours seulement. Il faut recommander au malade de continuer néanmoins, de persévérer, et de se méfier de la guérison apparente, et des récidives, plus longues quelquefois à juguler que l'affection primitive.

C'est là le point délicat : la suppression de l'écoulement, au bout de quelques semaines de traitement, tient-elle uniquement à la continuation des lavages, ou est-elle définitive ?

Je recommande, après environ 3 semaines, de cesser les lavages pendant 48 heures, et j'examine le malade après cet intervalle. Il est rare, s'il doit y avoir récidive, qu'on ne recueille pas alors, soit au méat, une gouttelette, soit en raclant légèrement la muqueuse un peu de sécrétion, soit simplement des filaments urinaires où l'examen décèle la présence de gonocoques ou d'autres microbes ; souvent même, le premier verre de la miction est encore légèrement trouble, et cliniquement, l'attention est de suite éveillée. Dans ces cas je conseille la reprise des lavages, ou l'emploi de la méthode de Neisser.

Il ne faut pas oublier que l'emploi mélangé du permanganate provoque souvent une uréthrite simple, muqueuse qui pourrait induire en erreur sans le microscope.

Ce n'est que lorsque l'examen bactériologique est négatif que j'emploie les instillations argentiques suivant la méthode classique.

En général, au début, je me sers de protargol ou même d'argyrol, qui sont infiniment moins douloureux que le nitrate d'argent.

D'ordinaire, la première instillation amène, le soir même ou le lendemain, un léger suintement réactionnel ; si cette réaction ne se prolonge pas, s'il n'y a pas recrudescence persistante du suintement ou augmentation notable des filaments, au bout de 48 heures on est en droit de supprimer les lavages au permanganate et, en général en 15 jours, avec le traitement classique des instillations, on obtient la guérison radicale.

Je voudrais un peu réhabiliter un traitement qui m'a donné de bons résultats aussi : c'est l'emploi du protargol dans la blennorrhagie aiguë par la méthode de Neisser.

Je suis un des tous premiers, en France (1), à avoir signalé l'emploi du protargol dans la thérapeutique génito-urinaire. J'avais déjà à cette époque une grande expérience de la méthode de Neisser, et, en l'appliquant strictement, j'en ai toujours eu depuis d'excellents résultats.

Je suis persuadé que bien souvent les échecs qu'on lui a attribués sont dus à l'inexécution de la technique, à la capacité défectueuse de la seringue, ou à un défaut de préparation des solutions.

La méthode demande, de la part du malade, un peu d'éducation ; il y a un certain entraînement à acquérir, et cela nécessite au début une certaine surveillance. En commençant par des doses très faibles, que l'on n'augmente que graduellement en ne cherchant pas dès le premier jour à mettre en tension le canal antérieur, il n'y a en général pas de douleurs, et il est bien rare que, dès le troisième jour, le malade ne soit en état de faire seul et convenablement son traitement. Pour ma part je n'ai constaté que tout à fait exceptionnellement des complications imputables au traitement de Neisser bien pratiqué.

Il y a là, du reste, encore une cause fréquente d'échecs des traitements : quand on veut appliquer une méthode (Janet, Neisser) que son auteur a recommandée parce qu'il en a eu des résultats sérieux, il faut, si l'on ne veut pas s'exposer à des insuccès naturels, la bien connaître d'abord, et l'appliquer exactement ensuite telle qu'elle a été prescrite. Quand on en a une expérience suffisante, seulement alors on peut la modifier ; mais je suis persuadé, pour ma part que bien souvent on a jugé sévèrement une méthode sans l'avoir appliquée rigoureusement et même sans l'avoir bien connue, autrement que de seconde ou troisième main, c'est-à dire dénaturée.

Le malheur est qu'il n'y a pas actuellement en France d'enseignement officiel de la vénéréologie pour la blennorrhagie ; et balloté entre Saint-Louis, Cochin et Necker, le malheureux étudiant ne sait où puiser les notions dont il aura besoin. J'ai pu me convaincre par moi-même des précieux enseignements que l'on peut acquérir à Saint-Lazare ; mais hélas ! que n'avons-nous un Saint-Lazare pour les hommes !

A l'étranger, en Allemagne, en Autriche par exemple, de nombreux urologistes des plus distingués se spécialisent presque exclusivement dans le traitement des affections blennorrhagiques ; en France, la tendance actuelle est de faire de l'urologiste un chirurgien.

Les urinaires d'aujourd'hui considèrent la blennorrhagie et l'uréthrite chronique comme peu intéressantes ; les brillantes interventions de grande chirurgie moderne sont bien plus séduisantes que la pratique de l'uréthroscopie par exemple. Et cependant, je vous le demande, si, comme on l'a dit, la

(1) J'ai même publié une observation où j'ai obtenu un succès, *par le seul traitement antérieur*, dans une infection précoce des deux urèthres.

Cf. Paul GUILLON. — *Infection vésicale blennorrhagique précoce.* Communication faite à la 3e session de l'Association française d'Urologie. Paris, 1901.

(1) Paul GUILLON. — De l'usage du protargol dans la thérapeutique génito-urinaire. (Communication faite à la Société médicale du VIIIe arrondissement, le 4 juillet 1898.) V. *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*

prostatite chronique blennorrhagique prédispose à l'hypertrophie sénile de la prostate, ne serait-il pas plus logique d'apprendre surtout à soigner la prostatite gonococcique et avant tout la blennorrhagie. Les urologistes auraient encore devant eux quelques belles années de prostatectomies, puis nous ne connaîtrions plus de prostatiques ! Il se passerait ce qui est arrivé pour les rétrécissements, de plus en plus rares avec les traitements modernes rationnels de l'uréthrite. Les malades ne s'en plaindraient pas ; l'humanité y gagnerait, si les chirurgiens y perdaient.

Je dirai en concluant : la blennorrhagie est une affection sérieuse, grave surtout par ses complications prochaines et éloignées; on ne saurait trop la traiter rationnellement et jusqu'à guérison complète ; il est nécessaire d'apprendre à la soigner ; il faut donner aux jeunes médecins un enseignement sérieux, et leur bien montrer qu'on doit guérir vite l'affection initiale, et qu'on peut venir à bout de la plus fréquente des complications de la blennorrhagie, l'uréthrite chronique.

Je reconnais, avec M. Aversenq, que le traitement de la blennorrhagie n'est pas toujours tâche facile. Il n'y a pas *une* blennorrhagie comportant *un* traitement ; il y a surtout *des blennorrhagiques*. On pourra peut-être ainsi s'expliquer l'échec de certaines médications chez certains sujets et leur réussite d'un autre côté ; et voilà pourquoi il est impossible de répondre aux malades ou même aux confrères qui nous demandent : Comment traitez vous la blennorrhagie ?

Il y a des méthodes excellentes, mais qui devraient être réservées uniquement aux spécialistes ; pour le praticien, il ne devrait pas dédaigner les plus petits détails qui ont tous leur importance ; il est nécessaire, par exemple, d'apprendre même à faire une injection, pour pouvoir ensuite l'enseigner au malade ; il faut être pénétré de cette idée qu'un massage de la prostate peut être très dangereux s'il n'est pas absolument indiqué ou mal pratiqué ; quant aux malades, il serait à souhaiter, pour eux, qu'ils se laissent persuader qu'une chaudepisse n'est pas une affection négligeable, et qu'il y a lieu de toujours se soigner rationnellement, et qu'ils ne peuvent faire eux-mêmes certains traitements, sans un réel apprentissage, à moins de les rendre réellement redoutables.

Le traitement de Neisser, par exemple, pour donner des résultats, doit être scrupuleusement exécuté tel que l'a prescrit son auteur ; son application demande à être surveillée au début, elle exige un apprentissage.

La méthode de Janet est très précieuse pour les malades qui peuvent s'y soumettre régulièrement et dans de bonnes conditions. Ce sera toujours un traitement cher, même dans les hôpitaux ou les dispensaires, par la perte de temps qu'elle exige. Elle doit être pratiquée uniquement par des médecins et des médecins exercés ; il est bien rare que les malades puissent eux-mêmes l'exécuter convenablement ; entre des mains maladroites ou inexpérimentées, elle peut provoquer des complications sérieuses.

Les lavages à la poire, au contraire, qui sont tout aussi efficaces, peuvent sans danger être confiés aux malades eux-mêmes ; ils sont à la portée de tous et n'ont pas de contre-indication d'ordre social ou économique.

Je répéterai en terminant que le traitement de la blennorrhagie ne paraît facile que quand on ne l'a pas étudié. M. Janet le disait lui-même tout récemment à la Société de prophylaxie : aujourd'hui on ne traite vraiment nulle part les blennorrhagiques ; où donc les médecins pourraient-ils apprendre à les soigner ?

C'est qu'en effet ce n'est pas là toujours chose aisée. De même que pour un accouchement : ou cela se passe tout seul, sans intervention, ou au contraire il est nécessaire de posséder des connaissances très spéciales. La nature, voire même le pharmacien, guérissent quelques blennorrhagies ; tous les médecins devraient savoir soigner les blennorrhagiques, de même qu'ils ont tous aujourd'hui des notions obligatoires d'obstétrique. (*A suivre*).

1er CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA SALUBRITÉ ET DE L'ASSAINISSEMENT DE L'HABITATION (1)

Le 1er Congrès international d'assainissement et de salubrité de l'habitation a tenu ses assises au Collège de France, dont les locaux avaient été mis à sa disposition par M. Levasseur, administrateur, qui s'intéresse si particulièrement aux questions d'économie sociale, et parmi elles, au premier rang, aux questions des habitations ouvrières.

Ce Congrès avait été organisé sous les auspices de la Société Française d'Hygiène, avec le concours de la Société centrale des architectes français, de la Société des architectes diplômés ; les membres de la Société de médecine publique et de génie sanitaire s'y étaient inscrits également, en grand nombre.

La séance d'inauguration eut lieu le 3 novembre à l'Ecole de médecine sous la présidence de M. Chaumié, Ministre de l'Instruction Publique, assisté de M. Paul Strauss sénateur de la Seine, président du Congrès, au succès duquel il avait si puissamment contribué.

Le Congrès comprenait 9 sections : habitations urbaines, président : M. Roux, directeur de l'Institut Pasteur ; habitations rurales, président, M. H. Ricard, sénateur ; habitations ouvrières, président M. G. Picot, de l'Institut ; habitations louées en garni, président M. Bezançon ; locaux hospitaliers, président M. le Pr Chantemesse ; locaux militaires, président M. le médecin inspecteur Delorme, directeur du Val-de-Grâce ; locaux scolaires, président M. le Dr Foveau de Courmelles ; habitations flottantes, president, M. le Dr Landouzy ; alimentation en eau potable et évacuation des matières usées, président M. Bechmann, ingénieur en chef des eaux et de l'assainissement.

***

Dans la 1re section, *habitations urbaines*, M. Paul Juillerat, chef du casier sanitaire des maisons de Paris, expose les conditions générales que doivent remplir les habitations urbaines. S'appuyant sur les résultats extrêmement curieux que lui a fournis une enquête sur la répartition de la tuberculose dans les maisons de Paris, il exprime l'opinion que le seul moyen de combattre cette maladie est d'assurer l'accès des rayons solaires dans les locaux habités. Il met également en lumière les dangers que présente la construction actuelle des cuisines, des sous-sols, et le mauvais agencement des tuyaux de fumée. Il présente, à ce sujet, des vœux, au nombre de sept qui après des observations présentées par M. Vaillant, notamment sur les conditions de fonctionnement des tuyaux de fumée, sont adoptés par la section.

M. Majon lit ensuite un important travail sur les différents modes de chauffage. Il donne la préférence aux systèmes centraux à eau chaude ou à vapeur à basse pression.

M. Le Dr Zetter, de Vienne (Autriche), lit une communication sur la *pratique de la désinfection par le formaldéhyde*. La puissance bactéricide de cette substance est telle qu'il suffit d'une aspersion ou d'un lavage intense avec une solution à 1 %, si l'action dure quatre heures, pour obtenir une désinfection complète.

M. le Dr Berthod, à propos de l'*hygiène dans les théâtres*, fait remarquer que le théâtre est à la fois un lieu public de plaisir, et un local de travail pour son personnel. Il demande très justement que la commission des théâtres se préoccupe de l'hygiène, et comprenne à cet effet des médecins de théâtres hygiénistes.

M. Dezamme traite de l'habitation au point de vue législatif et règlementaire ; il étudie surtout le rôle et les effets de la la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique.

M. Elie Leduc, dans une communication sur l'*hygiène des sols*, et leur nouveau mode de construction, préconise un nouveau mode de carrelage qui supprime la forme si lourde, et est basé sur les mêmes principes que le ciment armé.

(1) Le Congrès d'assainissement : Séance d'ouverture, *Progrès médical*, 12 novembre 1904.

Lucien Graux. — Réception à l'hôtel de ville du Congrès international d'assainissement. *Progrès médical*, 26 nov. 1904.

M. Richard Brianclini présente les si intéressants résultats de ses recherches expérimentales relatives à *l'humidité des murs*. Il présente un nouvel outil pour l'extraction des echantillons de murs.

M. le Dr Bréchot fait connaître une nouvelle voiture automobile dont il est l'auteur pour *l'enlèvement des ordures ménagères* sans poussière ni odeur.

M. Barafort propose de transformer la partie supérieure des maisons en jardin-terrasse, dont il trace un portrait enchanteur.

M. le Dr Ménétrel donne connaissance d'une série d'études sur la flore microbienne des poussières qui tapissent les murs des cours et courettes. Il montre la constante présence du bacille de Koch dans les échantillons analysés.

La Société d'hygiène de Charleville expose les inconvénients des petits métiers installés dans les locaux habités.

M. Gouault (communication lue par M. Dupuis), fait le procès de la loi du 5 février 1902, ou plutôt du réglement sanitaire pris par le Préfet de la Seine en exécution de cette loi.

M. Béjaud étudie la ventilation des locaux d'habitation.

M. le Dr S. Bernheim examine l'influence des habitations sur la *propagation de la tuberculose*.

M. le Dr Bourreille considére la limitation de l'espace respirable comme cause de la tuberculose à Paris.

M. le Dr Prochazki, de Prague, montre l'antagonisme de l'hygiène et de la conservation des parties historiques des villes.

* * *

Dans la 2e section, *habitations rurales*, le si distingué secrétaire du Congrès, M. Marié-Davy, a communiqué les résultats d'une enquête très approfondie à laquelle il s'est livré sur l'état actuel des habitations rurales en France, et cela d'après des données très nouvelles. Il constate les effets désastreux de l'impôt sur les portes et fenêtres, l'indifférence des habitants pour tout ce qui concerne non seulement l'hygiène, mais même la propreté, et conclut à l'inefficacité de toute réglementation si elle n'est pas précédée par l'éducation sanitaire de la masse.

Ces considérations ont été unanimement approuvées.

M. le Pr Manolesco expose les mesures prises en Roumanie pour assurer la *salubrité des habitations* : les règlements sanitaires sont rédigés d'une façon très précise ; toutefois, M. Manolesco trouve les sanctions insuffisantes ; il souhaiterait les voir aggraver.

M. Charles Dupuy, architecte, souhaite que la loi du 15 février 1902 soit appliquée efficacement dans les communes rurales, et désire que des combinaisons financières soient étudiées, qui viendraient en aide aux petits propriétaires.

M. le Dr Brémont, vice-président de la Société française d'hygiène et membre de la Commission des logements insalubres de Paris, insiste sur la contamination des nappes souterraines par infiltration des fosses d'aisances ; il voudrait que les municipalités se préoccupent de remédier à cet état de choses.

M. le Dr Durozoy, dans une communication sur la *chaumière homicide*, s'étend sur la propagation des maladies contagieuses, notamment de la tuberculose à la campagne, et insiste sur la nécessité d'en assurer la désinfection.

M. Coupant a fait remarquer combien les professeurs d'agriculture, par leurs études de climatologie et d'hydrologie, ainsi que par leurs connaissances des nécessités de l'agriculture, seraient un appoint précieux pour les Commissions sanitaires de la campagne.

Ces considérations sont appuyées très particulièrement par M. Marié Davy, qui insiste sur l'importance des idées émises par M. Coupant.

M. Lucien Graux fait une communication très intéressante et très écoutée sur les *arrêtés municipaux et la loi sanitaire de 1902*, dans laquelle il montre toute l'insuffisance de cette loi. Il serait nécessaire d'organiser une administration sanitaire autonome, degagée des influences locales. On aurait dû élaborer un véritable code de la santé publique et aborder la création d'un ministère de l'hygiène et de l'assistance publique. Après avoir étudié en détail les pouvoirs actuels des maires, M. Lucien Graux montre, comme il l'avait fait récemment ici-même (1) combien la loi s'occupe peu des villes d'eaux où un seul article leur est applicable : 33 stations hydrominérales, sur plus d'une centaine, posséderont seules un bureau d'hygiène. L'isolement n'a pas été prévu; la désinfection dans les villes de moins de 2000 habitants ne peut-être pratiquée que par les soins d'un seul service départemental. Rien n'a été prévu relativement à l'hygiène des nomades ni pour les établissements insalubres ou dangereux.

M. Lucien Graux conclut ce remarquable travail en réclamant l'autonomie de l'action sanitaire et en montrant la nécessité de compléter certains points de la loi de 1902.

Dans la 3e section, M. Cacheux expose, avec sa compétence bien connue en ces matières, les *causes d'insalubrité des petits logements*, causes qui, d'après lui, dépendent du constructeur, de la situation de l'immeuble, et du défaut d'entretien. Il insiste en particulier sur la nécessité de poursuivre l'aménagement méthodique du territoire des communes en vue de la construction.

M. Cheysson, dans un rapport sur *l'hygiène des habitations ouvrières*, insiste sur les questions relatives à l'enlèvement des ordures ménagères, au lavage et séchage du linge, au chauffage et à l'éclairage, au mobilier, et aux dépendances diverses.

M. P. E. Weber estime que la vraie solution de cette question des habitations réside dans la petite maison individuelle, lorsque l'espace le permet. — Il indique les conditions que doit, selon lui, réaliser la maison à étages, envisage la possibilité de rendre l'occupant propriétaire du logement qu'il habite dans ces immeubles collectifs, — et ne croit pas cette dernière conception très pratique.

M. Roger Merlin se préoccupe des *voies et moyens législatifs et financiers à mettre en œuvre pour améliorer les logements ouvriers*. Il voudrait « que le fait d'avoir épargné une somme destinée à l'acquisition d'une habitation urbaine ou d'un domaine rural, soit considéré comme un acte de prévoyance équivalant à l'assurance ou à la retraite ».

M. Dombray-Schmitt donne communication des résultats d'une enquête à laquelle il s'est livré à Douai et à Nancy. Son exposé retient vivement l'attention.

M. Michielse, de Haarlem, s'occupe des habitations ouvrières coopératives par rapport à la loi de 1902 sur la santé publique. Il termine en transposant les paroles de Danton : de la persévérance, toujours de la persévérance encore de la persévérance !

Le Dr Depoully présente une communication très étudiée sur l'eau dans les logements ouvriers de Paris, question à laquelle il s'est attaché depuis de longues années, et que ses fonctions de membre de la commission des logements insalubres lui avaient permis de pénétrer.

Le Pr Pogliani présente un type de *maison populaire collective* établi en Italie ; il expose les avantages de ce système, qui permet de combiner des appartements bien séparés les uns des autres, et ayant chacun cuisine et cabinet d'aisances.

M. J. Bertillon entretient le Congrès de la nécessité de s'occuper, avant tout, d'assurer un logement aux familles nombreuses, et montre par des statistiques le surpeuplement dont elles souffrent.

M. le Dr Bourreille étudie le logement de l'ouvrier au point de vue moral, intellectuel et physique.

* * *

Dans la section 4, M. Goltrain, dans un rapport extrêmement documenté et particulièrement attachant, expose les *conditions sanitaires des locaux loués en garni* et soumet un projet de réglement très complet sur la matière, aussi bien dans les villes que dans les campagnes.

M. Langerey présente les plans et devis très étudiés d'un *hôtel meublé pour célibataires hommes* ; ce projet est sur le point d'être mis à exécution.

(1) Lucien Graux. — La loi de 1902 et les stations hydrominérales, *Progrès médical*, 22 novembre 1904.

M. le Dr DARDEL, d'Aix-les-Bains, s'étend sur les moyens d'installer hygiéniquement les hôtels des villes d'eaux ; il trouve que la Chambre du Touring-Club est l'idéal, mais voudrait qu'on la rendît plus agréable et plus confortable encore.

M. MAGNABAL et M. le Dr SAVOIRE soumettent des projets d'hôtels pour célibataires.

*
* *

Dans la section 5, M. Florentin MARTIN, architecte de l'hôpital Pasteur, indique les conditions que doit remplir, selon lui, un *hôpital de contagieux*. — Ces conditions s'appliquent du reste avec avantage aux autres établissements hospitaliers.

M. le Dr PELLEGRIN fournit des détails sur son *sanatorium héliotropique*, maison établie sur pivots, et devant toujours présenter à l'ensoleillement les parties plus spécialement destinées à l'habitation.

M. le Dr BRÉCHOT insiste sur l'utilité pour l'hygiène et sur les moyens pratiques, d'incinérer sur place, dans les hôpitaux, les matières fécales et résidus de la vie.

M. LEGROS, architecte de l'hôpital Boucicaut, traite de l'hygiène dans les hôpitaux modernes.

M. le Dr L. RÉNON donne des détails sur l'*University college Hospital* de Londres, dont la construction en forme de croix assure aux occupants le maximum de lumière et de soleil. Les salles disposées dans les bras de la croix, contiennent chacune 30 membres. — Les services généraux sont installés au centre.

M. le Pr CHANTEMESSE insiste sur l'importance qu'il y a à approprier les locaux hospitaliers aux maladies qui y sont traitées, et dont certaines demandent des locaux remplissant des conditions particulières.

M. le Dr RÉNON est d'avis qu'il faut construire des hôpitaux pour contagieux en dehors des murailles des villes. Il signale à cette occasion combien est regrettable l'encombrement qui se produit dans les hôpitaux centraux et s'élève contre cette manière de faire.

Dans la section 5 *bis*, *locaux militaires*, M. DELORME démontre l'utilité des locaux interchangeables dans les pavillons d'hospitalisation des contagieux.

M. Francesco TESTI, délégué du ministre de la guerre du Royaume d'Italie, présente un travail fort intéressant sur l'hygiène des casernements en Italie.

M. le Dr HUBLÉ indique les moyens d'assurer l'antisepsie du sol des cours dans les établissements militaires.

M. le Dr LEMOINE, professeur d'hygiène au Val-de-Grâce, démontre d'une façon magistrale l'influence du casernement sur le développement des fièvres éruptives.

MM. ROUGET, BERTHIER, LINON, entretiennent le congrès du calfatage des planchers, et de la désinfection des locaux militaires.

Dans la section des écoles, M. LACAU, rapporteur, examine la construction, l'emplacement et l'exposition des différents locaux scolaires, les ouvertures, le cube d'air, l'ensoleillement.

M. KHOUVINE présente un appareil de ventilation usité en Russie ; M. le Dr PATRIKIOS, d'Athènes, donne des renseignements très complets sur la construction et l'aménagement des écoles en Grèce.

*
* *

M. le Dr Henry THIERRY, rapporteur de la section 6, dont les travaux en la matière ont été maintes fois appréciés, et auquel le ministre de la marine a confié en 1903 une mission dans l'Escadre du Nord, fait part au congrès de ses études sur ces questions trop négligées, et dépose un rapport très remarquable.

Il ressort de son travail que les hygiénistes ont négligé jusqu'ici la population des matelots qui vivent, sur nos navires, en but à de nombreuses maladies, fatigués par des changements de température trop rapides, sans qu'on ait eu souci de les défendre contre les causes de maladies et de mort auxquelles ils sont particulièrement exposés.

Il insiste sur la fréquence, bien inattendue pour les profanes, de la tuberculose dans la marine qu'il attribue à un vice de l'habitabilité causée par l'aération et la ventilation défectueuse des bateaux de guerre modernes ; il indique les grandes lignes d'une transformation dans la construction et l'hygiène navale ainsi que la nécessité d'appeler les médecins à l'élaboration des plans des bateaux.

M. Fédérico MONTULDO, le si distingué délégué du gouvernement espagnol, voudrait voir intervenir une entente internationale pour régler les conditions des navires qui transportent des émigrants. La communication est écoutée avec le plus grand intérêt.

M. JACQUES fait deux communications très étudiées, la première sur les conditions de débarquement à quai, et sous la surveillance sanitaire, des navires suspects ; la seconde sur la dératisation des navires par l'acide carbonique.

M. le Dr BOREL, récemment nommé directeur de la santé au Havre, lit un travail sur les conditions générales de l'hygiène sur les navires marchands et voudrait qu'il y ait pour ces navires une réglementation analogue à celle qui concerne l'hygiène des hôtels, dépôts de marchandises dangereuses.

M. le Dr LANGLOIS souhaite qu'on se préoccupe de l'*approvisionnement des embarcations de sauvetage* à bord des navires de guerre ; il fournit de longs développements sur l'importance de cette question, et la facilité qu'il y a, selon lui, à la résoudre, au mieux des intérêts de tous.

*
* *

Dans la section 7, M. BABINET, rapporteur, présente une étude d'ensemble sur la question de l'*alimentation en eau potable des villes*, question qu'il possède d'une manière très particulière. Il embrasse à la fois la question de distribution, et celle du choix de l'eau distribuée.

M. LECOUPEY DE LA FOREST, dont les travaux sur les courants souterrains et les contaminations des nappes souterraines ont été très remarqués, s'attache au problème de l'alimentation en eau, des communes rurales, et montre quels ravages la fièvre typhoïde peut faire dans les villages.

M. MASSON reprend l'étude de l'évacuation des matières usées, et des différents procédés d'épuration des eaux d'égout.

M. le Dr PALMBERG, d'Helsinfors, signale son procédé d'épuration biologique des eaux d'égout, dans lequel il remplace les corps d'oxydation par un filtre à mousse (Sphagnum).

M. KALISCH, conseiller municipal de Berlin, donne des indications très complètes sur l'alimentation de Berlin en eau potable.

M. DE MONTRICHET, délégué de la ville de Marseille, étudie la stérilisation des eaux par l'ozone, aux brasseries de la Méditerranée, et l'action de ce gaz sur le bacille typhique.

*
* *

L'assemblée générale de clôture s'est tenue le 8 novembre. Lecture a été donnée des vœux adoptés par les sections et dont la plus grande partie a été ratifiée ; quelques-uns ont été renvoyés à la commission permanente française constituée par le Bureau du Congrès et par des délégués de chaque section.

Cette commission a pour but de poursuivre l'étude des questions soulevées par le Congrès et de rechercher les moyens de faire aboutir les vœux émis. A été constituée également une commission internationale qui a charge d'organiser les congrès ultérieurs.

Le prochain Congrès se tiendra à Liège en 1905, sur l'invitation de M. Devaux, délégué du gouvernement belge.

Alf. FILLASSIER.

COMMISSION ADMINISTRATIVE DE L'HOPITAL DE SALINS-LES-BAINS. — M. le préfet vient de nommer membres de cette commission Mme veuve Charles Grenaud et M. Narcisse Paul, en remplacement de MM. Broye et Dufay, démissionnaires (*Progrès de Lyon*, 26 nov.)

HYGIÈNE PUBLIQUE

TABLEAU STATISTIQUE DU NOMBRE DES IMMEUBLES ET DES DIFFÉRENTS SYSTÈMES DE VIDANGES EN USAGE A PARIS, AU 30 NOVEMBRE 1904.

Nombre d'immeubles	73.625
Chutes d'aisances	161.730
Ecoulements directs (nombre d'immeubles)	38.850
Appareils filtrants	13.843
Fosses fixes	34.980
Fosses mobiles	9.885
Ecoulement direct	
Immeubles desservis au 1er janvier 1895	5.444
Augmentation au 30 novembre 1904	33.406
Total des immeubles desservis	38.850
Fosses fixes	
Fosses en service au 1er janvier 1895	63.437
Diminution au 30 novembre 1904	28.457
Reste	34.980
Appareils diviseurs	
Appareils en service au 1er janvier 1895	34.718
Diminution au 30 novembre 1904	20 875
Reste	13.843
Fosses mobiles	
Fosses en service au 1er janvier 1895	16.103
Diminution au 30 novembre 1904	6.218
Reste	9 885

Ces renseignements très exacts permettent à nos lecteurs de se rendre compte des progrès du *tout à l'égout* à Paris, et, partant, des progrès de l'assainissement.

VARIA

Un legs du professeur Tillaux

Le docteur Tillaux, l'éminent chirurgien qui professa pendant de longues années à l'hôpital de la Charité et mourut tout récemment président de l'Académie de médecine, a voulu qu'après son décès un souvenir restât de lui à nombre de ceux qu'il avait soignés jadis avec tant de dévouement.

Il donne, par testament, plus de cinq cent mille francs à la Caisse des retraites ouvrières ou de la vieillesse.

Le testament vient d'être ouvert. Le professeur s'y exprime en ces termes :

« Pour contribuer, dans la mesure où je le puis, à la paix et à la justice sociale, je donne ce capital à la Caisse des retraites ouvrières, ou si cette Caisse n'existait pas lors de mon décès, à la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse. »

Là, cependant, ne s'est pas bornée sa générosité. Le docteur Tillaux laisse encore 10.000 francs à l'Association des médecins de la Seine, 2.000 francs à l'Association des anciens internes des hôpitaux de Paris et plusieurs autres sommes importantes à diverses œuvres charitables. Suivant sa volonté, son portrait par Bonnat ira au musée de Caen ; son portrait, par Becker, au lycée de la même ville, et son buste, par le docteur Worms, à la Faculté de médecine.

(*Petit Parisien*).

Les épidémies en octobre 1904.

La *Belgique médicale* relève les épidémies suivantes pour le mois d'octobre :

Fièvre typhoïde : à Lyon, Saint-Etienne, Milan, Madrid, New-York, Philadelphie, Baltimore et New-Orléans. — *Variole* : à Rouen, Saint-Petersbourg, à Madrid (33 décès). — *Rougeole* : à Londres, Liverpool, Madrid. — *Scarlatine* : à Berlin, Buda-Pesth, Saint-Pétersbourg, Odessa, Baltimore. — *Coqueluche* : à Glasgow. — *Diphtérie* : à Londres, Berlin, Buda-Pesth, Saint-Pétersbourg, Odessa, Milan, Madrid, New-York, Philadelphie, Baltimore, Providence. — *Peste* : Egypte 3 cas, 3 décès ; Indes Anglaises 14,235 cas, 10.414 décès dans la résidence de Bombay, 3 décès à Calcutta, 1 cas à Singapore ; Japon 108 cas. — *Choléra* : 2 décès à Calcutta ; Russie : 60 cas, à Bakou, 24 décès ; 1 cas à Merw ; 5 décès à Saratow ; 3 cas, 2 décès à Astrakan ; 10 cas à Samara ; 51 cas et 23 décès à Morscha ; 7 cas, 3 décès à Sujewka.

Les Syndicats médicaux et les accidents du travail.

Les Syndicats médicaux ont obtenu satisfaction au Sénat sur la plupart des points dans la modification de la loi de 1898 sur les accidents du travail. L'ouvrier n'est plus considéré comme un indigent et le tarif des honoraires médicaux sera fixé par le ministre après avis d'une commission où les Syndicats médicaux seront représentés. Une sanction pénale assure à l'ouvrier blessé la liberté du choix de son médecin. Les patrons et compagnies d'assurances devront payer directement le médecin et non passer par l'intermédiaire de l'ouvrier. Les juges de paix seront compétents jusqu'à 300 francs en cas de discussion d'honoraires, et le médecin qui sera envoyé par le patron pour le renseigner sur l'état du blessé sera tenu d'aviser le confrère qui soigne l'ouvrier 48 heures à l'avance. Un point est à regretter, c'est la limitation de la journée d'hôpital au tarif de l'Assistance, augmenté de 50 % tout compris, qui limitera beaucoup, sans doute, le taux des honoraires des chirurgiens à l'hôpital.

Bourses des facultés de médecine.

Arrêté du 6 décembre 1904.— Art. Ier. Sont nommés pour un an, à dater du 1er novembre 1904, boursiers près les facultés de médecine des universités, ci-après désignées, les candidats dont les noms suivent :

PARIS. — *2e année* : M. Lorin (Henri), bourse de 1200 francs. Le père pharmacien à Salles-Lavalette (Charente) : 4 enfants ; — M. Queuille (Henri-Antoine), bourse de 600. La mère veuve à Neuvic (Corrèze) ; 3 enfants ; — M. Jouquan (Louis-Auguste), bourse de 600 francs. Le père retraité des chemins de fer de l'Ouest à Dol (Ille-et-Vilaine) ; 2 enfants ; — M. Luzoir (Jules-Henri-Eugène), bourse de 600 francs. Le père surveillant général au lycée Lakanal à Sceaux ; — M. Weissenbach (Raymond-Joseph-Emile) bourse de 600 francs. Orphelin de père et de mère ; — M. Berthaud (Henri-Joseph-Marie), bourse de 600 francs. Le père représentant de commerce à Saint-Brice (Seine-et-Oise) ; 10 enfants. — *3e année* : M. Seron (Jean-Emmanuel), bourse de 600 francs. Le père tailleurs d'habits à Compiègne (Oise) ; 2 enfants ; — M. Aumaître (Auguste) bourse de 600 francs. Le père gendarme retraité à Clermont-Ferrand ; 2 enfants ; — M. Séguinot (Gaston-Jean-Octave), bourse de 600 francs. La mère institutrice à Puteaux (Seine) — *4e année* : M. Riou (Louis), bourse 600 francs. Le père chef de division à la préfecture du Morbihan à Vannes, 2 enfants ; M. Thiel (Pierre-Henri), bourse de 600 fr. Le père horloger à Chaource (Aube) ; 2 enfants.

BORDEAUX. — *2e année* : M. Dubourdieu (Jean-Raymond-Fernand), bourse de 600 fr. Le père commis des postes à Agen ; — M. Casenave (Louis-Théodore), bourse de 600 francs. La mère veuve à Tardets (Basses-Pyrénées) ; 6 enfants ; — *4e année* : M. Aubert (Guillaume-Jean-Alfred), bourse de 600 fr. Le père préposé des manufactures de l'Etat, en retraite, à Bordeaux ; 3 enfants ; — *5e année* : M. Latrouche (Lucien-Albert), bourse de 600 fr. Le père gérant d'immeubles à Périgueux ; 4 enfants ; — M. Dubourdieu (Jean-Joseph), bourse de 600 fr. Le père instituteur public à Galgon (Gironde) ; 2 enfants.

LILLE. — *2e année* : M. Gérard (Maurice-Florentin), bourse de 600 fr. La mère veuve commerçante à Lille ; 5 enfants ; — M. Bricout (Léon-Michel), bourse de 600 fr. Le père agent d'assurances à Beauvois (Nord) ; 2 enfants ; — *3e année* : M. Verhaeghe (Etienne-Oscar-Joseph), bourse de 600 fr. La mère veuve à Lille ; 2 enfants.

LYON. — *1re année* : M. Pernod (Julien-Félix-Joseph), bourse de 600 fr. Le père brigadier des eaux et forêts à Chambéry ; 2 enfants.— *2e année* : M. Dagrevee (Marc-Théophile-Marie), bourse de 600 fr. Le père médecin à Tournon (Ardèche) ; 2 enfants ; — M. Arnaud (Léonce-Jules-Jacques), bourse de 600 fr. Le père instituteur public à Saint-Laurent-de-la-Salanque (Pyrénées-Orientales). — *3e année* : M. Chalier (Fortuné-Jean-Joseph), bourse de 600 fr. Le père inspecteur primaire à Lyon ; 2 enfants ; — M. Bressot (Claude-Eugène), bourse de 600 fr. La mère veuve à Lyon ; 2 enfants. — *4e année* : M. Bérard (André-Gabriel), bourse de 600 fr. Le père pharmacien à Anneyron (Drôme) ; 5 enfants ; — M. Chattot (Jean-Baptiste-Antoine), bourse de 600 fr. Le père surveillant de la compagnie du gaz à Lyon.

TOULOUSE. — *1re année* : M. Strehiano (Joseph-Louis), bourse de 600 fr. La mère veuve à Lacaune (Tarn). — *4e année* : M. Voivenel (Paul-Joseph), bourse de 600 fr. Orphelin de père et de mère.

Art. 2. — Sont nommés pour un an boursiers près des facultés de

médecine des universités ci-aprés désignées les candidats au doctorat dont les noms suivent :

Paris. — 3e *année* : M. Petit (Paul-Emile), bourse de 1,200 fr. Le père, inspecteur primaire à Lisieux ; 5 enfants ; — M. Nadal (Marc-Léon), bourse de 600 fr. Le père, maître sellier de l'armée à Paris.

Lyon. — 2e *année* : M. Japiot (Paul-Valère-Augustin), bourse de 600 fr. Le père, médecin à Dortan (Ain) ; 2 enfants.

Montpellier. — 3e *année* : M. Bricout (Camille-Armand), bourse de 600 fr. Le père, officier d'administration retraité à Marcilly (Saône-et-Loire) ; 2 enfants. — Ces étudiants, appelés sous les drapeaux en novembre 1904, jouiront de leur bourse pendant l'année scolaire 1905-06.

FORMULES

XXVII. — Traitement de la gale chez les nourrissons.

Frictions répétées avec la pommade :

Huile de camomille camphrée.......	100 gr.
Baume styrax pur..................	20 gr.
Essence de menthe.................	5 gr.
ou :	
Huile d'olive.....................	60 gr.
Onguent styrax....................	25 gr.
Baume du Pérou....................	5 gr.

(Brocq, in *Bulletin gén. de Thér.*)

XXVIII.— Contre la dyspepsie par suralimentation des nourrissons.

Mettre dans chaque biberon une cuillerée à soupe de :

Citrate de magnésie...............	5 gr.
Eau distillée.....................	300 gr.

(Variot.)

Actes et thèses de la Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat.— *Mercredi, 14 décembre 1904.* à 1 heure. — *M. Perret* : Essais de thérapeutique expérimentale. Influence de l'alimentation sur l'évolution de la tuberculose chez les animaux ; MM. Ch. Richet, Pinard, Landouzy, Broca (Aug.). — *M. Delmer* : Contribution à l'étude de l'éclampsie vitulaire. Ses rapports avec l'éclampsie puerpérale de la femme ; MM. Pinard, Ch. Richet, Landouzy, Broca (Aug.). — *M. Elling* : Contribution à l'étiologie des anévrismes de l'aorte : traumatisme ; MM. Landouzy, Ch. Richet, Pinard, Broca (Aug.).

Jeudi, 15 décembre 1904, à 1 heure. — *M. Clavaud* : Essai sur le régime et la thérapeutique des hépatiques : revue générale ; MM. Debove, Raymond, Troisier, Dupré. — *M. Courtellemont* : Contribution à l'étude des accidents nerveux consécutifs aux méningites aiguës simples ; MM. Raymond, Debove, Troisier, Dupré. — *M. Cousinou* : De l'extension de la méthode hypodermique ; MM. Raymond, Debove, Troisier, Dupré. — *M. Le Gambier* : La mort dans la diphtérie. Contribution à l'étude clinique de la mort tardive ; MM. Dieulafoy, Hutinel, De Lapersonne, Renon. — *M. Braillon* : De l'endocardite tuberculeuse simple ; MM. Hutinel, Dieulafoy, De Lapersonne, Renon. — *M. Bosc* : Intoxications médicamenteuses chez l'enfant ; MM. De Lapersonne, Dieulafoy, Hutinel, Renon. — *M. Coudrain* : L'eau oxygénée et ses applications thérapeutique ; MM. Pouchet, Berger, Chantemesse, Richaud. — *M. Vaillant* : Prothèse nasale par les injections de paraffine. Nouvelle indication thérapeutique ; MM. Berger, Pouchet, Chantemesse, Richaud. — *M. Passier* : Traitement des hémorragies du tube digestif par les grands lavements chauds et le chlorure de calcium ; MM. Chantemesse, Pouchet, Berger, Richaud.

Examens de doctorat. — *Lundi, 12 décembre 1904.* — 5e (Chirurgie, 1re partie) : MM. Terrier, Legueu, Pierre Duval. — 5e (2e partie) : MM. Hayem, Teissier, Labbé (Marcel).

Mardi, 13 décembre 1904.— Médecine opératoire : Pozzi, Thiéry, Faure. — 3e (1re partie, Oral) : MM. Poirier, Schwartz, Brindeau. — 5e (Chirurgie, 1re partie) : MM. De Lapersonne, Auvray, Morestin.

Mercredi. 14 décembre 1904.— 2e : MM. Gautier, Gley, Branca. — 4e : MM. Pouchet, Gaucher, Desgrez.

Jeudi, 15 décembre 1904. — 3e (2e partie) : MM. Cornil, Jeanselme, Maillard. — 3e (1re partie, Oral) : MM. Le Dentu, Launois, Demelin. — 3e (2e partie, Oral) : MM. Joffroy, Bezançon, Guiart

Vendredi 16 décembre 1904. — 4e : MM. Landouzy, Déjerine, Macaigne. — 2e (Chirurgien-dentiste) : MM. Brissaud, Gosset, Labbé (Marcel). — 5e (Obstétrique, 1re partie) : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi, 17 décembre 1904. — 2e (Chirurgien-dentiste) : MM. Gilbert, Gouget, Auvray.

Clinique chirurgicale infantile. (Fondation de la ville de Paris). Pr : M. Kirmisson. — M. le Dr Cunéo, agrégé, commencera le lundi 9 janvier 1905, à 5 heures et demie, à l'hôpital des Enfants-Malades, des conférences d'embryologie appliquée à l'étude des malformations, et les continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement de la grippe et de ses manifestations broncho-pulmonaires par l'hélénine.

De toutes les manifestations grippales si fréquentes en cette saison, celles qui portent sur les voies respiratoires offrent plus de dangers. L'inflammation des premières voies respiratoires détermine une toux rebelle et pénible, et est souvent suivie de l'extension de l'infection grippale aux bronches et même au parenchyme pulmonaire. L'action de l'hélénine du Dr de Korab, qui calme la toux, qui modifie et diminue l'expectoration, qui jouit en outre d'un pouvoir microbicide bien constaté, sera d'une grande utilité dans le traitement curatif de la grippe et dans la prophylaxie de ses complications broncho-pulmonaires. Ce précieux agent thérapeutique, qui a fait brillamment ses preuves dans les épidémies de grippe de ces dernières années s'administre à la dose de 3 à 5 globules d'hélénine du Dr de Korab, par jour.

NOUVELLES

Natalité de Paris. - Du dimanche 20 au samedi 26 novembre 1904. les naissances ont été au nombre de 994, se décomposant ainsi : légitimes 725, illegitimes 269.

Mortalité a Paris. Population d'aprés le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 824, savoir : 415 hommes et 409 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes. Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 5. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0 Variole : 0. — Rougeole : 2 – Scarlatine : 1. — Coqueluche : 4. — Diphtérie et Croup : 0. — Grippe : 3. — Choléra asiatique : 0. – Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 3. — Tuberculose des poumons : 181. — Tuberculose des méninges : 19. — Autres tuberculoses : 6. — Cancer et autres tumeurs malignes : 41. — Méningite simple : 16. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 46. — Maladies organiques du cœur : 70. — Bronchite aiguë : 5. — Bronchite chronique : 14. — Pneumonie : 31. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 80. – Affections de l'estomac (cancer exc.) : 3. Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 5 ; autre alimentation : 10. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 1. — Hernies, obstruction intestinale : 12. — Cirrhose du foie : 10. — Néphrite et mal de Bright : 28. — Tumeurs non cancéreuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 5. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 3. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : 28. — Débilité sénile : 36. — Morts violentes : 21. — Suicides : 13. — Autres maladies : 117. — Maladies inconnues ou mal définies : 18.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 63, qui se décomposent ainsi : légitimes 39, illégitimes 24.

Assistance publique.— M. Pougy, avocat, adjoint au maire du 7e arrondissement, est nommé membre du comité consultatif de l'Assistance publique, place vacante depuis la mort de M. Waldeck-Rousseau.

Hommage au Pr Naunyn. — Les élèves du Pr Naunyn, de Strasbourg, qui depuis 40 ans enseigne la pathologie interne, doivent, à propos de sa retraite, lui adresser solennellement leurs hommages.

Elèves infirmières. — Depuis longtemps déjà la commission administrative de l'hôpital civil de Belley votait la somme de 1,000 francs afin de permettre à deux jeunes filles de notre localité d'être élèves infirmières de l'hôpital de Saint-Etienne et chargeait M. le maire de Belley, président de la commission, de faire une communication à la presse afin d'en informer le public. Cette communication n'ayant pas été faite, et pour cause, nous portons la dé-

cision prise par la commission de l'hôpital à la connaissance des intéressés, en attendant de publier sa délibération. (*Progrès de Lyon*, 26 nov.)

Chronique des hôpitaux.

Concours d'ophtalmologiste des hopitaux. — Le concours pour une place d'ophtalmologiste des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de M. le Dr Félix Terrien.

Concours de l'Externat. — Ont été reçus externes :

1. MM. Vuillet, Pierre Merle, Josset-Moure, Cotoni, Thibout, Rouget, Manne, Le Grand, Bachy, Bernard, Gastinel, Weissenbach, Bello y Rodriguez, Latil, Wilhem, Coryllos, Samson, Emile Merle, Brocq, Jacques Petit ;

21. Mlle Montreuil. MM. Alfred Lévy, Garsaux, Guiard, Maurice Ferry, Weill, Luzoir, Baisoju, Dupont, Georges Richard, Georges Roux, Dardel, Mlle Lœser, MM. Wolfromm, Mornard, Tison, Toulant, Baumgartner, Monin, Bonhoure ;

41. Queuille, Delivet, Landau, Magrangeas, Renaud, Mlle de Jong, MM. Duhamel, Séjournet, Girou, Durœux, Fidelin, Marquis, Fassou, Weber, Lesbroussart, Gaudicheau, Saint-Girons, Naehmann, Emile Rousseau, Georges Lévy ;

61. Carrié de Quemper de Lamascol, Dufour, Gaujoin, Perron, Henri Bertier, Judet, Moriez, Vergne, Brodin, Géry, Miegeville, Miginiac, Mlle Tscherniack, MM. de Grenier, Guerrero, Morellet, Paul Chevallier, Perdoux, Laporte ;

81 Chauvet, Strauss, Artault, Avezou, Mion, Béchade, Boulan, Chaperon, Trotain, Liébault, Baghdassarian, Gueniot, Magrou, Manville, Marcou, Lecat, Aumaître, Dubs, Gauchery, Cauhapé ;

101. Mutel, Fenard, Vosy, Abas, Chamard, Fendreau, Laroche, Lecœur, Bollach, Moutrier, Serée, Dubus, Fabre de Parrel, Ch. Ferry, Smolizansky, Jolivet, Lutembacher, Streletski, Colombe, Piot ;

121. Péré, Beaussart, Guilbert, Rabourdin, François, Zwirn, Baudry, Frédéric Bertier, Laden, Roy, Vivicorsi, Voillemot, Schlissinger, Gougelet, Mlle Trechtchenkov, MM. Lascazas de Saint-Martin, Milan, Viguerie, André Demonchy, Berthaud ;

141. Baron, Detourmentel, Hubert, Véteau, Phélip, Schneider, Verrier, Thyébault, Boutin, Paul Petit, Poirot-Delpech, Garcin, Mlle Bernchtein, MM. Frick, Chiray, Bruneau, Crozet, Denet, Deniau, Faure-Beaulieu ;

161. Henri Grenier, Guillermond, Mairesse, Peraldi, Tixier, Brisson, Minon, Streiff, Couput, Rousselot, Lehucher, Guillaume, Léon-Gaston Loiseau, Mora, Gustave Besnard, Carnot, Leveuf, Carnu, Tarrade, Bompard ;

181. Girauld, Barillet, Bourquelot, Feuillette, Vinchon, Bedel, Debelut, Hartmann, Massonié, Wattez, Rogery, Pol, Huchot, Boulongue, Lamy, Camboulives, Jonquières, Etienne Roux, Sourdeau, Goldenstein ;

201. Dugast, Hillion, Violle, Hassan, Robert Loiseau, Maleplate, Blanc, Ramadier, Mlle Feldmann, MM. Robin, Guitton, Le Roy des Barres, Tissier, Clermont, Leblanc, Louis Lutaud, Malégue, Prieur, Vernier, Didier ;

221. Mitrany, Pottfer, Armand, Vincent, Jean Durand, Rouyer, Louis Durand.

Concours de l'internat. — Le jury est composé de MM. Lion, Gaucher, Alex. Renault, Babinski, Lamy, Thiéry, Chaput, Marion, P. Berger, Macé.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères, Glermont (Oise).
Maison speciale pour publications périodiques médicales.

33e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XX. N° 51. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 17 DÉCEMBRE 1904

Le Progrès Médical

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

La ventilation pulmonaire et l'insuffisance pulmonaire ;

Par le Docteur **Gabriel ARTHAUD**

L'un des besoins les plus immédiats qui se présentent toutes les fois que l'on étudie en physiologie comme en clinique l'un des organes qui constituent le corps humaiu est le besoin de mesurer d'une façon quelconque la valeur physiologique de l'organe que l'on considère. Pour le cœur comme pour le poumon, il est impossible de comprendre la plupart des modalités de fonctionnement que la pratique fait découvrir sans avoir le moyen de mesurer avec quelque précision la valeur quantitative des phénomènes dont ces organes sont le siège. Plus la médecine tend à devenir, comme la physiologie, une science précise, plus ce besoin se fait impérieusement sentir et plus il convient de rechercher avec patience et persévérance les moyens les plus propres à obtenir le résultat désiré. Depuis les travaux de Winter, on peut mesurer avec précision l'insuffisance gastrique. Depuis les recherches d'Achard, on peut apprécier le degré de l'insuffisance rénale.

Mais pour le foie, le cœur, le poumon, le travail est encore à peu près entièrement à faire. Nous avons essayé dans un précédent mémoire de combler cette lacune pour le cœur ; nous désirons maintenant montrer comment on peut arriver à obtenir pour le poumon des résultats analogues. C'est dans ce but que nous publions ce premier travail sur ce sujet, travail que nous compléterons sur quelques points plus délicats dans un travail ultérieur en collaboration avec Winter.

Pour apprécier avec certitude les modifications qui surviennent dans le fonctionnement du poumon, il faut envisager isolément, pour la clarté de la description, les deux phénomènes essentiels dont cet organe est le siège : 1° des phénomènes mécaniques constituant ce que l'on appelle la *ventilation pulmonaire* ; 2° des phénomènes chimiques représentant la secrétion du poumon et consistant en des échanges gazeux qui forment à la fois *l'absorption* et *l'excrétion* pulmonaires. Examinons tout d'abord la ventilation et les procédés divers qui servent à l'apprécier et à la mesurer.

Le premier procédé, le plus simple, est la pneumographie, qui nous permet d'avoir la représentation graphique du phénomène mécanique et nous renseigne à la fois sur l'amplitude comparée, la fréquence et le rthyme des mouvements respiratoires. Elle nous donne en outre, comme nous l'avons montré en étudiant le type respiratoire, des renseignements sur la valeur comparative de *l'élasticité pulmonaire*. Déjà, par ce moyen, en faisant entrer en ligne le rapport de l'amplitude à la fréquence, on peut avoir une évaluation approximative de la précision et de l'appropriation plus ou moins exacte du travail des muscles respiratoires aux besoins de l'organisme. C'est une première notion, précieuse il est vrai au point de vue de la résolution du problème qu'il s'agit de résoudre, mais sur laquelle nous n'insisterons pas pour le moment, car nous allons retrouver cette not on, par d'autres méthodes plus précises et plus exactes à la fois, car elles permettent non seulement l'appréciation des rapports, mais encore des moyens de mesures absolues des quantités à apprécier. Un autre procédé qui a été longtemps en usage est celui de la *spirométrie*. Il est inutile d'insister sur ce procédé trop classique et trop connu, qui ne fournit qu'une évaluation difficile à raccorder avec les autres données du problème, celles de la capacité pulmonaire maximum. Plus importante est la méthode qui consiste à mensurer la ventilation au moyen des dispositifs employés de préférence par les auteurs anciens, par Regnault et Raiset, par Regnard, etc., qui consistent dans l'emploi d'un compteur à gaz du modèle courant, c'est-à-dire donnant pour une observation d'une minute, la valeur vraie de la ventilation en une heure, c'est ce procédé que nous avons employé de préférence, car il s'impose comme moyen de lier ensemble les expériences que l'on peut faire sur la ventilation pulmonaire et celles complémentaires que l'on doit entreprendre en même temps sur les excrétions et les sécrétions pulmonaires. C'est dans cet ordre d'idées que nous avons surtout poursuivi nos recherches, et nous allons exposer les résultats qu'elles nous ont fournis soit à l'état normal, soit à l'état pathologique.

Si nous exprimons par V la ventilation pulmonaire, nous voyons que cette valeur peut s'exprimer en fonction de deux quantités : l'une N, qui représente la

fréquence des mouvements respiratoires ; l'autre A, qui réprésente ce qu'on pourrait appeler le coefficient d'amplitude ; de sorte que l'on peut poser la formule suivante : V = A N.

Envisageons maintenant ce que représentent les deux éléments de cette fonction. A est une quantité variable selon chaque individu, qui dépend essentiellement de la perfection plus ou moins grande du fonctionnement du poumon et en particulier de la valeur vraie de l'élasticité pulmonaire ; N représente surtout un élément qui dépend à la fois des besoins momentanés de l'organisme, et principalement et surtout, de l'intégrité plus ou moins grande du myocarde. Il est facile de comprendre pourquoi il en est ainsi. Le cœur et le poumon sont en effet liés entre eux par une condition peu modifiable qui exige que, dans un mouvement respiratoire, la masse totale du sang se trouve oxygénée. En général, cette condition se trouve représentée par la formule $\frac{R}{P}$; R exprimant le nombre des respirations par minute et P, le nombre des pulsations pendant le même espace de temps. A l'état normal, la physiologie nous enseigne que ce rapport $\frac{R}{P}$ est égal à 1/4. Comme ce rapport ne dépend essentiellement que de la valeur relative des capacités du système circulatoire droit et du système circulatoire gauche, il est à prévoir que, dans l'état pathologique et sauf les cas extrêmes, ce rapport variera peu ; ce que l'expérience confirme.

Dans la pratique et au point de vue où nous nous plaçons, il y a une quantité dont l'appréciation sera d'une faible importance, c'est la quantité V ; cette quantité dépend, en effet, non seulement de l'intégrité des organes dont nous voulons mesurer le fonctionnement, mais encore d'un élément variable, qu'il est toujours difficile d'apprécier, c'est-à-dire les besoins de l'organisme ; c'est ce qui explique pourquoi, même à l'état physiologique, tout en appréciant que la moyenne de ventilations de l'homme normal adulte, varie de 400 à 500 litres à l'heure, les observateurs qui ont étudié cette question se trouvent en présence de chiffres individuels qui varient entre 300, quantité minimum et 600 litres à l'heure, quantité maximum. C'est pour cela qu'au lieu de nous attacher surtout à la valeur absolue de la ventilation, il nous semble préférable de prêter principalement une attention spéciale, non pas à la valeur du produit $a\ n$, mais à la variation des rapports qui unissent ces deux quantités.

Ces préliminaires étant posés, il est possible d'en faire immédiatement l'application au cas le plus simple, c'est-à-dire à l'état physiologique. Si l'on prend un sujet normal, on constate qu'à l'état de repos et sans exercice aucun, la ventilation qu'il fournira sera voisine de la moyenne ordinaire, c'est-à-dire de 4 à 500 litres à l'heure. Ce que l'on peut exprimer en disant que V = 15 × 30. Nous choisissons ce chiffre simple parce qu'il rend commodes les calculs et fournit un rapport simple entre les quantités a et n : a égalant 30 et n égalant 15. En réalité, ce chiffre ne serait pas pas totalement exact, car le rapport est un peu plus complexe. Mais il convient de noter que, dans des conditions analogues à celles choisies, n égalant 15, a varie de 20 à 30 environ.

Si maintenant nous faisons intervenir l'exercice, nous voyons les deux quantités a et n augmenter simultanément pour fournir un produit V qui sera supérieur, en valeur absolue, à celui de l'état normal. C'est-à-dire que les deux quantités a et n ont contribué simultanément à l'augmentation de ventilation constatée, en conservant toutefois entre elles un rapport constant, dans des limites très étroites. Si nous exprimons graphiquement ce phénomène au moyen d'un rectangle à superficie et à périmètre variables, nous voyons que le rectangle $a\ n$, va augmenter, mais en restant toujours semblable à lui-même. Ceci nous rapproche de ce que nous avons déjà constaté pour le cœur dans des conditions analogues. La ventilation, qui est le débit du poumon, s'augmente à la fois aux dépens de l'amplitude a et de la fréquence n. La conservation de ce rapport étroit et préétabli est essentiellement caractéristique de l'état normal et physiologique ; les limites dans lesquelles il se conserve représentent, en réalité, la limite de la puissance physiologique d'un poumon au point de vue mécanique. L'observation nous montre que la ventilation à l'état normal, chez la plupart des individus exempts de tares organiques, peut monter à 1000 ou 1200 litres à l'heure — Pour peu qu'une lésion d'organe, si légère soit-elle, du côté du cœur ou du poumon, intervienne, la limite descend immédiatement à une quantité plus faible et sa décroissance peut servir à mesurer la distance physiologique de l'organe. Il n'est pas difficile d'apprécier le pourquoi de ces variations sans les modalités de ventilations. Suivant l'élasticité pulmonaire, a, aura une limite maximum dépendant de l'intégrité du poumon ; n, aura une valeur maximum qui dépendra de la force potentielle plus ou moins grande que le cœur pourra développer au moment de l'expérience. En un mot, a sera un facteur qui dépendra surtout du poumon et n principalement du cœur.

Quand l'exercice dépassera les limites physiologiquement admissibles pour le sujet de l'expérience, la ventilation changera de type brusquement, et le rapport $\frac{a}{n}$ sera violemment troublé. Suivant le sujet mis en expérience, la perturbation se fera dans un sens ou dans l'autre ; tantôt ce sera a qui augmentera proportionnellement beaucoup plus que n ; tantôt ce sera l'inverse ; suivant que le point faible de l'organisme considéré sera le poumon ou le cœur. Dans les deux cas, la sensation éprouvée sera celle de la dyspnée, mais avec deux types différents, l'un, avec augmentation de fréquence, l'autre avec augmentation d'amplitude. — Par conséquent, cette expérience bien simple, qui consiste à forcer la ventilation, du poumon, nous présente un moyen de mesure de la valeur physiologique de cet organe et nous permet d'apprécier le moment où le maximum d'élasticité qu'il faut acquérir dans l'état d'équilibre se trouve réellement atteint. Indirectement, nous y trouvons aussi un moyen de mesure de la valeur fonctionnelle d'un cœur, car les deux fonctions sont intimement liées. — Si l'on pousse l'exercice jusqu'à ses dernières limites, on voit que la ventilation, qui primitivement augmentait, même dans l'état de dyspnée (c'est-à-dire avec perturbation du rapport normal $\frac{a}{n}$), reste stationnaire ou bien décroît. — Un nouvel état se trouve créé, celui *d'insuffisance pulmonaire*, caractérisé essentiellement par ce fait que la ventilation nécessaire aux besoins de l'organisme ne peut plus être réalisée même avec déséquilibre.

Telles sont les modalités de ventilation que l'on observe.

1° La ventilation augmente selon les besoins et avec conservation d'un rapport assez étroit entre l'amplitude et la fréquence, c'est l'état physiologique.

2° La ventilation continue à augmenter tantôt avec augmentation exagérée de la fréquence, tantôt avec augmentation exagérée de l'amplitude, c'est ce qui caractérise la dyspnée.

3° La ventilation devient insuffisante à la limite extrême de l'état physiologique, c'est ce qui caractérise l'insuffisance pulmonaire.

Le deuxième élément d'appréciation auquel nous devons avoir recours est celui des échanges intra-pulmonaires que l'on désigne communément, à l'heure actuelle sous le nom de chimisme pulmonaire. Les principales données que l'on recueille dans cette étude sont, d'une part : 1° la quantité d'oxygène absorbé ; 2° la quantité d'acide carbonique excrété ; 3° le quotient physiologique $\frac{CO^2}{O}$ exprimant le rapport entre les deux premières quantités. Ces trois données fondamentales ont été étudiées depuis le commencement du siècle par nombre d'observateurs, dont il serait fastidieux d'énumérer la liste. Malgré les travaux récents d'Albert Robin et de Binet qui sont venus donner un regain d'actualité à ces questions nous ne pensons pas qu'au point de vue qui nous occupe, la quantité d'oxygène absorbé et la quantité, d'acide carbonique excrété aient une bien grande importance au point de vue de la valeur physiologique d'un poumon. Ces deux quantités dépendent surtout des besoins et des dépenses de l'organisme, et ce n'est qu'indirectement qu'elles interviennent pour permettre de conclure au point de vue des affections pulmonaires. Ce qui le montre bien, c'est que l'on observe surtout l'exagération de la consommation d'oxygène dans les tuberculoses latentes hospitalières, dans les chloroses les plus suspectes : Il est plus difficile de mettre ce fait en évidence dans les scléroses pulmonaires pures ; dans les chloroses discrètes, l'augmentation signalée se montre beaucoup moins sensible. Il semble d'ailleurs que telle soit l'opinion des auteurs, car ils voient dans ce symptôme plutôt un indice du terrain qu'un symptôme essentiel de la maladie :

Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, il est évident qu'en raison de la complexité du problème, au point de vue de la mesure de l'activité propre du poumon, la quantité d'oxygène absorbée et la quantité d'acide carbonique produit ne peuvent servir de mesure de la puissance physiologique de l'organe, car, ces quantités sont variables, même à l'état physiologique, selon des conditions trop multiples. Plus intéressante est la question des rapports qui unissent ces deux quantités, c'est-à-dire l'étude du quotient physiologique $\frac{CO^2}{O}$. Normalement ce rapport s'éloigne très peu de l'unité et on ne le voit varier pour ainsi dire d'une façon notable que dans l'état pathologique. La connaissance de ce rapport pourrait déjà servir dans une certaine mesure à mesurer la valeur physiologique d'un poumon, car il est remarquable de voir, comme l'a signalé Quinquand, que c'est surtout dans les maladies du poumon que le quotient physiologique se trouve profondément modifié. — On admet communément que la variation de ce rapport implique une modification profonde dans le mécanisme des combustions organiques ; que la quantité d'oxygène perdue et non retrouvée correspond à celle qui a été nécessaire pour brûler de l'hydrogène à la place du carbone, mais cette conclusion ne peut-être admise d'une façon absolue que dans les cas où l'on suppose que la totalité d'acide carbonique produit dans l'organisme est intégralement éliminé par le poumon. — Or il faut bien remarquer, avec Quinquand, que c'est principalement quand cette fonction se trouve compromise que le rapport $\frac{CO^2}{O}$ se montre le plus éloigné de sa normale. Si l'on admet, comme nous le pensons, que dans les cas d'affections pulmonaires ou dans les cas d'altérations expérimentales de cet organe, une partie de l'acide carbonique produit s'élimine par des voies inusitées (respiration intestinale et cutanée, excrétion urinaire) d'autant plus largement ouverte que la voie normale est fermée, peut être conviendrait-il de faire quelques réserves sur l'interprétation exacte qu'il convient de donner aux variations dès lors plus apparentes que réelles du rapport $\frac{CO^2}{O}$. — Pour notre part, ayant suivi de près ces expériences de Quinquand, nous serions portés à penser que les combustions élémentaires ne se modifient point dans l'état de maladie aussi profondément qu'on le croit et qu'une grosse cause d'erreur a toujours été négligée dans ce cas, c'est l'influence propre du poumon qui nous apparaît comme élément le plus puissant pour transformer la valeur morbide du quotient physiologique. Sans vouloir outre mesure développer cette discussion que l'on pourrait poursuivre, il est certain que les considérations exposées rendent incertaines l'interprétation qu'il convient de donner à la transformation du quotient physiologique dans les cas pathologiques auxquels nous désirons étendre le bénéfice des moyens de mesure de l'activité propre du poumon. — Les trois éléments que fournit l'étude du chimisme pulmonaire ne paraissent donc point de nature à résoudre le problème posé. — Ces trois éléments représentent des fonctions complexes où interviennent à la fois l'ensemble des besoins organiques et l'activité propre de l'organe d'élimination. — Quel est donc l'élément fondamental dans lequel on puisse trouver la mesure véritable de l'activité sécrétoire du poumon. Si l'on assimile comme il convient le poumon à une glande chargée d'éliminer l'acide carbonique du corps, comme le rein est chargé d'en éliminer cette autre substance, l'urée, on est en droit de se demander si la véritable activité du parenchyme pulmonaire ne peut pas être donnée par la composition des produits excrétés. — En poursuivant l'assimilation, on voit qu'on peut apprécier l'insuffisance rénale par l'estimation de la décroisance des toxicités urinaire ; de même, on doit pouvoir apprécier l'insuffisance pulmonaire d'après la toxicité plus ou moins grande de l'air expiré. C'est en vertu de ce raisonnement que nous avons été amené à rechercher systématiquement la valeur physiologique et pathologique d'un nouveau rapporté que l'on pourrait appeler le coefficient d'excrétion le rapport $\frac{CO^2}{V}$. — Il est évident, en vertu de la loi d'économie qui préside à toutes les fonctions organiques qu'à l'état normal, le travail du poumon doit arriver à fournir une valeur de ce rapport aussi élevée que possible, car la ventilation est un travail, et plus la quantité d'acide carbonique excrété sera grande par rapport à V plus le travail utile du poumon sera considérable par rapport à son travail total. L'expérience confirme très bien cette manière de voir.

Divers auteurs ont montré qu'une atmosphère contenant 10 % d'acide carbonique était impropre à la respiration ; par conséquent, il est nécessaire que dans les vésicules pulmonaires la proportion d'acide carbonique ne dépasse pas ce chiffre, mais en soit aussi voisine que possible. D'un autre côté, l'air expiré, qui représente un mélange de l'air vésiculaire avec l'air introduit, doit être chargé d'une quantité d'acide carbonique encore plus faible. Or, le maximum d'acide carbonique que l'on puisse proportionnellement trouver dans l'air expiré est représenté par 7 %, chiffre voisin du maximum possible. En moyenne, les chiffres qu'ont trouvés les divers expérimentateurs sont, pour l'air expiré, de 4 à 5 °/₀ d'acide carbonique à l'état normal. Malgré Richer, qui a trouvé des chiffres inférieurs à 4 %, mais assez voisins, il nous paraît, d'après notre expérience personnelle, comme d après les recherches de la plupart des auteurs, que le chiffre de 4 % est le minimum de l'état physiologique.

La connaissance de ce rapport $\frac{CO^2}{V}$ nous paraît donc extrêmement importante au point de vue de la physiologie spéciale du poumon, et le coefficient d'excrétion mérite de prendre place dans cette question particulière de physiologie au même titre que le quotient physiologique.

En rapprochant les données que nous venons d'exposer à propos du rapport $\frac{CO^2}{V}$ de celles que nous avaient déjà fournies l'étude du *type de ventilation*, nous voyons que ces deux éléments sont les seuls qui nous permettent d'apprécier avec exactitude la part exacte qui revient aux poumons dans les variations normales et pathologiques que peuvent subir à la fois la mécanique et le chismisme respiratoires. Il nous reste maintenant à indiquer comment, avec ces éléments d'appréciation, se comporte le poumon dans les cas où son parenchyme se trouve altéré et en particulier dans le cas malheureusement trop fréquent de tuberculose pulmonaire.

Dans toutes les affections du poumon et à part une période d'équilibration passagère, il est facile de constater qu'à peu près toujours la dominante essentielle est l'état de dypnée plus ou moins latente. Ce n'est que dans les formes très légères que la perturbation de la fonction se trouve masquée par une équilibration passagere. Encore si la maladie persiste et devient chronique, voit-on survenir rapidement le déséquilibre dès que la chronicité s'accuse. Si même la fonction, aux deux points de vue que nous avons envisagés, reste sensiblement normale, il est toujours facile de montrer que l'équilibre ainsi obtenu est instable, car l'exercice fait bientôt apparaître : 1° la perturbation facile du rapport $\frac{N}{A}$; 2° l'abaissement du coefficient d'excrétion.

Nous avions dans des publications antérieures, utilisé pour mesurer la dépréciation du champ pulmonaire, une méthode approchée, celle de la tachycardie. Cette méthode qui nous avait été fournie par l'expérience et représentait par conséquent une donnée empirique mais utile, n'était applicable que dans des conditions restreintes. Par le fait des rapports normaux qui unissent le cœur et le poumon, la tachycardie est indirectement fonction de la ventilation, car, à un mouvement respiratoire correspondent toujours en moyenne 4 pulsations cardiaques, sauf dans les cas extrêmes. Mais ce procédé ne pouvait être exact que dans les cas où la ventilation ne subissait pas des écarts trop considérables par le fait des besoins organiques, ce qui explique pourquoi nous avions indiqué comme première condition que cette tachycardie devait être constatée dans l'état apyrétique et en dehors de tout exercice violent, c'est-à-dire, dans des conditions moyennes à peu près comparables.

La connaissance du type respiratoire et du coefficient d'excrétion nous permet à la fois l'appréciation plus exacte des faits et une observation qui peut être étendue à tous les cas possibles. Nous ferons remarquer toutefois que ces méthodes plus précises sont essentiellement du domaine du laboratoire, car elles demandent un outillage et une technique qui n'en permettent point une application aussi courante que nous le désirerions, pour une méthode véritablement clinique. Aussi tout en poursuivant nos recherches sur cette question en collaboration avec Winter, dans le but de simplifier si possible les procédés opératoires avons-nous conservé dans notre pratique, la classifications des lésions pulmonaires d'après la tachycardie, en raison de la commodité si grande du procédé et malgré les erreurs d'appréciation qu'il comporte.

Néanmoins nous avons procédé sur des catégories de malades à des évaluations d'études pour apprécier physiquement la valeur de la dépréciation du champ pulmonaire, et nous allons énumérer les résultats obtenus. 1° Sur un premier lot de malades chez lesquels la partie de champ pulmonaire lésée était cliniquement d'environ 1/4 de poumon, et dont les pulsations normales, à l'état d'exercice modéré, après examen clinique, étaient environ de 90, nous avons noté les phénomènes suivants : A. La ventilation pulmonaire s'élève toujours au moins à 600, quelle que soit la taille, et monte en général vers 700. — B. Le rapport entre l'amplitude et la fréquence se trouve en général peu modifié, mais un exercice même léger entraîne la perturbation rapide de ce rapport dans le sens de l'augmentation de fréquence avec souvent apparition de tachycardie paroxystique, c'est-à-dire de palpitations cardiaques. — C. Le coefficient d'excrétion monte rarement à 4 °/₀ ou, en tout cas, même dans les conditions les plus favorables, ne peut dépasser ce chiffre.

2° Plus intéressante est la catégorie suivante, dans laquelle la perturbation organique s'accuse davantage et la perturbation devient assez grande pour qu'il soit impossible aux malades de ne point la remarquer ; ce fait est si exact que l'immense majorité de ceux qui commencent à s'inquiéter de leur état pulmonaire appartiennent à cette catégorie. — La clinique permet d'évaluer la perte de leur champ pulmonaire à environ 1/2 poumon et la moyenne de leurs pulsations (sans crises paroxystiques) est environ de 100.

Chez ces malades, qui sont souvent légèrement fébriles, non point de cette fébricité latente que beaucoup d'auteurs anciens avaient signalée dans les débuts de la tuberculose, mais bien d'une fébricité réelle ; voici ce que l'on observe : A. La ventilation varie en général entre 800 et 900. Les variations sont d'ailleurs très grandes et dépendent évidemment en grande partie de l'état fébrile ou subfébrile. — B. Dans le cas d'apyrexie à peu près complète, le type de ventilation normale peut être conservé, mais le moindre effort, le moindre mouvement violent quelquefois entraîne une augmentation très notable du débit pulmonaire et provoque la dyspnée, ce qui explique pourquoi le malade est obligé de s'inquiéter de son état.

Quand on fait apparaître la dyspnée, le type de venti-

lation qui se produit est variable selon les individus. Selon l'état du cœur, tantôt le cœur étant normal, le type de dyspnée observé est celui de la polypnée analogue à celui que l'on observe chez les enfants dans les cas de maladies aiguës du poumon; tantôt, si le cœur est faible et facilement fatigable, c'est la bradypnée qui apparaît

Quel que soit le type qui se réalise, la ventilation tend à augmenter malgré les modifications du type respiratoire. Malgré tout, cette ventilation ne monte guère au-dessus de 1000 litres à l'heure, qu'elle soit obtenue aux dépens de l'amplitude ou de la fréquence. — Surtout quand le cœur faiblit, on voit facilement apparaître le *syndrome de l'insuffisance pulmonaire*, caractérisé par ce fait que la ventilation brusquement diminue au moment même où les circonstances de l'expérience tendent à montrer qu'elle devrait être la plus forte.

C. Le coefficient d'excrétion, surtout dans les cas où la dyspnée devient assez apparente, le chiffre obtenu est environ 3 °/₀ ; rarement de beaucoup supérieur.

Ce type de lésions moyennes du poumon est celui qui se rencontre le plus fréquemment dans la pratique et par conséquent est celui qui offre la plus d'intérêt. D'après les constatations faites, les malades de ce type ont un poumon qui peut satisfaire aux besoins de l'organisme jusqu'à concurrence de 800 à 900 litres au maximum, tandis qu'à l'état normal, la ventilation possible sans déséquilibre monte à 1000 et 1200. Quand les besoins d'un organisme dépassent le chiffre maximum de ventilation que le poumon peut normalement fournir, l'organisme essaie de l'augmenter en forçant soit l'amplitude, soit la fréquence, selon les cas, jusqu'au moment où il devient insuffisant à sa tâche. Alors apparaissent l'insuffisance pulmonaire et la tendance à l'asphyxie.

Aussi chez ces malades, pour peu que des causes occasionnelles interviennent, l'élimination de l'acide carbonique par le poumon devient facilement insuffisante, d'où sa rétention dans le sang et le bleuissement des ondes (cyanose des extrémités) qui en est la conséquence. Une autre conséquence secondaire, peu signalée à notre connaissance, est l'excrétion plus grande de l'acide carbonique par les urines, comme il est facile de le constater en adoptant un dispositif analogue à celui de Regnard pour les dosages de l'urée. Nous signalons en passant cette remarque, qui viendrait à l'appui des idées que nous avons exprimées au sujet de l'interprétation à donner à la décroissance du rapport $\frac{CO^2}{O}$.

Nous confondrons dans une même catégorie les malades chez lesquels l'évolution clinique permet d'apprécier progressivement la perte pulmonaire à 3/4 de poumon et à 1 poumon ; au degré près, les phénomènes sont identiques à l'intensité près, et se traduisent en définitive par un symptôme dominant ; la dyspnée chronique. Voici les chiffres que l'on trouve ; A. La ventilation, quand le cœur est très bon, peut monter à 1000 et même à 1200 litres à l'heure, mais le plus souvent et même sous l'influence des moindres causes, elle varie et descend à 400, 500, 600 litres, car il y a toujours, dans ces cas, non seulement dyspnée, mais encore insuffisance pulmonaire. — B. Toujours, chez ces malades, la ventilation se présente avec un type anormal ; presque toujours c'est la bradypnée qui domine, surtout dans les cas chroniques, car le cœur fatigué d'une tachycardie constante se montre au-dessous de sa tâche. D'ailleurs, il est fréquent de voir des malades qui offrent tour à tour et selon les conditions dans lesquelles on les observe alternativement la bradypnée et la polypnée. Ce qui domine dans ces cas, c'est l'insuffisance pulmonaire. — C. Le coefficient d'excrétion est toujours dans ces cas extrêmement bas; il oscille entre 3 et 2 °/₀

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Bureaux d'Hygiène.

MM. Paul Strauss et Fillassier viennent de publier un ouvrage fort intéressant et très documenté sur la loi du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique (1). Nous en retiendrons quelques points.

La loi prévoit la création de bureaux d'hygiène dans les villes de 20.000 habitants et au dessus. D'abord, pourquoi ce chiffre de 20.000 habitants a-t-il été choisi ? Il nous semble bien discutable. Les villes de 19.999 habitants ne sont-elles pas aussi intéressantes ? Il fallait bien, déclare-t-on, prendre un chiffre moyen : mais nous pensons que la solution adoptée n'a pas été heureuse. Que doit-on éviter, en effet, sinon que l'agglomération ne multiplie les causes de contagion, et par suite : institution de mesures protectrices spéciales et au premier rang, la création des bureaux d'hygiène. Or, à partir de quel moment cette agglomération se produit-elle pressante ? A notre avis, à partir de 10.000 habitants. Jusque-là la ville s'étend en surface, chaque maisonnette a son jardin, sa cour, et d'autre part, l'agglomération n'est pas telle que les terrains de tel ou tel point prennent une plus-value sensible, qui amène un surpeuplement notable ; au-delà de 10.000 habitants, cette conséquence est à craindre et c'est à peine à partir de ce moment que l'on devrait voir fonctionner des bureaux d'hygiène.

MM. Paul Strauss et Fillassier constatent, il est vrai, que les pouvoirs locaux pourront toujours obvier à cette insuffisance de la loi, en demandant eux-mêmes cette création. Rien de plus juste, et nous pensons qu'il devra en être ainsi également des villes d'eaux, où nous-même (2) avons montré leur nécessité.

Mais comment fonctionneront ces services ? Nous estimons qu'ils devront centraliser toutes les questions sanitaires intéressant la commune ; ils centraliseront tous les renseignements relatifs au mouvement de la population, naissances, mariages, décès ; ils recueilleront les déclarations de maladies contagieuses, ils amèneront la désinfection des locaux, en cours de maladie ou après décès ou départ ; ils présideront aux opérations de vaccination inscrites dans la loi ; ils veilleront enfin à l'assainissement de l'habitation. Cette dernière attribution est capitale ; il est hors de doute que

(1) Rousset, éditeur à Paris, 1, rue, Casimir-Delavigne, gr. in-8.
(2) M. Lucien Graux. — La loi de 1902 et les stations hydrominérales. *Progrès Médicale*, 22 octobre 1904.

les conditions sanitaires en France, pays riche cependant et où la propriété est morcelée, sont très défectueuses.

M. le professeur Brouardel, M. Mangenot et récemment M. Juillerat, chef du casier sanitaire des maisons de Paris, ont démontré l'importance de ce facteur dans la propagation de la tuberculose. Il faut donc que les Commissions sanitaires instituées dans ce but travaillent sous les indications du maire, mais il faut davantage encore, si possible, qu'elles évitent dans çet effort, et c'est l'opinion des commentateurs que nous avons cités, de brusquer par trop les propriétaires, afin que l'œuvre de salubrité ne soit pas considérée bien à tort comme une mesure de contrainte. Nous ne saurions trop y insister.

Dans quelques années, la loi aura donné son premier effort ; alors on pourra savoir ce que ce texte sanitaire contient de dispositions heureuses, ou ce qu'il mérite, au contraire, de critiques légitimes. Mais il faut que tous unissent leurs efforts et, parmi toutes les autorités chargées de son application, il convient que l'autorité municipale, plus paternelle, revendique la part qui lui incombe, et cela tant dans un but de prophylaxie sanitaire que de ménagements à l'égard des propriétaires et divers intéressés.

La philosophie générale dont les autorités municipales et départementales devront s'inspirer dans l'application de la loi a été dégagée d'une façon très heureuse dans le livre de MM. Strauss et Fillassier sur la loi sanitaire auquel nous nous bornerons à renvoyer pour les multiples questions de détails qu'elle appelle. De toutes manières, ces autorités devront s'efforcer de convaincre beaucoup plutôt que de contraindre. Il faut qu'elles amènent les individus à désirer se protéger par eux-mêmes plutôt qu'elles n'ordonneront d'une façon impérative. A ce prix seulement la loi produira son plein effet.

Lucien Graux.

Ouverture de Cours

Leçons de thérapeutique appliquée M. ALBERT ROBIN

M. Albert Robin a repris, le jeudi 1er décembre, ses leçons de thérapeutique appliquée à l'hôpital Beaujon.

Le grand amphithéâtre de Beaujon avait été mis cette année à sa disposition.

Après avoir fait un historique très intéressant et très complet des thérapeutiques appliquées aux maladies du foie, M. Albert Robin montre que les traitements agissant sur les fonctions de cet organe sont seuls rationnels.

Il faut donc dissocier les fonctions reconnues du foie et mesurer la modalité de chacune d'entre elles, c'est ainsi que l'on recherchera la glycosurie alimentaire, l'indoxilurie, etc. Il n'y a en réalité aucun autre moyen de mesurer l'activité thérapeutique d'un médicament.

Le fonctionnement du foie peut être étudié par la recherche de plusieurs signes qui, groupés, prennent la valeur d'un syndrome. Il faut rechercher :

1° L'*urobiline* ou pigment de l'hématolyse hépatique ; l'urobilinurie indique une destruction exagérée des globules rouges, une insuffisance relative du foie ;

2° L'*uroérythrine* ou pigment indicateur de la mobilisation azotée hépatique. L'uroérythrinurie prouve l'insuffisance personnelle du foie. Elle est presque toujours associée à une diminution de l'urée, une augmentation de l'acide urique et la diminution du rapport azoturique ;

3° L'urée ;

4° Le rapport azoturique ;

5° Le rapport de la toxicité urinaire. La toxicité urinaire augmente lorsque le foie est malade. Les principes toxiques de l'urine sont à peu près uniquement les éléments azotés. Il faut doser l'azote total de l'urine et en retrancher l'azote de l'urée et de l'acide urique. On a l'azote toxique, c'est-à-dire que son rapport avec l'azote total forme le coefficient de toxicité urinaire ;

6° Le rapport entre le soufre incomplètement oxydé et le soufre total ;

7° Le rapport entre l'acide sulfurique de l'urine et l'azote total ;

8° L'étude de certains produits synthétiques (ac. hippurique, corps sulfo-conjugués) de l'urine ;

9° L'étude des matières fécales ;

10° L'épreuve thérapeutique (calomel, etc) ;

Ces 10 moyens réunis permettent de mesurer le fonctionnement du foie.

Un grand nombre d'étudiants et de médecins se pressaient comme toujours à la leçon de M. Robin. Les leçons auront lieu tous les jeudis matins, à 10 heures, à l'amphithéâtre de l'hôpital Beaujon.

SOCIETÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 5 décembre 1904.

Valeur nutritive du lait de vache stérilisé à 108° pour l'allaitement artificiel.

M. Variot, qui a étudié depuis 1892 au dispensaire dit « La Goutte de lait de Belleville », tire de ses expériences relatives à l'emploi du lait les conclusions suivantes :

1° Le lait stérilisé à 108° conserve toute sa valeur nutritive. Il n'est inférieur ni au lait pasteurisé à 80°, ni à celui qui a été simplement chauffé à 100° à l'appareil Soxhlet ;

2° La destruction par la chaleur des enzymes, la légère altération du lactose, la précipitation douteuse du citrate de chaux ou l'altération des lécithines n'influent pas de façon sensible sur son assimilabilité.

Jamais un cas de scorbut infantile n'a été observé au dispensaire. Toutes les critiques, toutes les craintes théoriques, restent sans portée devant cette longue pratique, le nourrisson étant évidemment le meilleur indicateur de la valeur alibile du lait.

3° Grâce à ce lait stérilisé, l'auteur a pu élever non seulement les enfants apportés sains, mais aussi les atrophiques retardés dans leur développement par suite de troubles gastro-intestinaux ;

4° Le rachitisme ne s'est pas développé chez ces enfants. L'ossification n'est troublée chez eux que dans les cas de suralimentation ou si l'on recourt trop tôt aux conserves et mixtures farineuses ;

5° Sur 3.000 nourrissons de toute venue, de la classe la plus pauvre, 3 ou 4 % environ se sont montrés incapables d'utiliser le fait stérilisé.

6° La constipation et l'anémie ne sont pas rares chez les nourrissons élevés par cette méthode. Par contre, les diarrhées estivales sont fort atténuées dans leur gravité.

C. Phisalix.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 décembre 1904.

Signification défensive des surcharges graisseuses.

M. Carnot et Mlle Deflandre. — Les lésions graisseuses pathologiques si fréquentes, surtout au niveau du foie, sont plus souvent dues à la surcharge graisseuse qu'à la dégénérescence pathologique. La nature des graisses retenues, le mécanisme de fixation dans les cellules endothéliales, le peu d'altérations d'un grand nombre de cellules en transformation graisseuse indiquent la surcharge. Cette surcharge est-elle due à un processus réactionnel de défense? Chez des cobayes ayant reçu une dose excessive de beurre pendant 8 jours, une dose mortelle d'alcool (8 à 9 cent. cubes d'alcool par kilo) amène l'ébriété sans hypothermie ; les témoins meurent d'hypothermie progressive.

Ces faits sont à rapprocher de l'évolution bénigne des hépatites graisseuses alcooliques, qui s'accompagnent d'une tolérance particulière des sujets pour l'alcool.

La surcharge graisseuse semble donc augmenter le pouvoir antitoxique de cet organe. La dégénérescence graisseuse est donc un acte réactionnel.

Lésions des reins consécutives à une injection de bacilles tuberculeux.

MM. Bernard et Salomon ont inoculé par les vaisseaux des bacilles tuberculeux et examiné l'action rénale de ces bacilles. Histologiquement, les follicules tuberculeux avec bacilles de Koch et à localisations corticales et périglomérulaires se retrouvent dans le parenchyme. Des traînées de lymphocytes avec des cellules épithélioïdes à prédominance périglomérulaire, avec irradiation autour des tubes voisins, et dans laquelle on assiste à la formation des fibres conjonctives. Autour des foyers récents, on a trouvé des lésions épithéliales, plus marquées avec l'âge et pouvant réaliser une néphrite diffuse extrêmement intense.

La tuberculisation du rein aboutit donc non seulement à la formation de tubercules typiques, elle produit des lésions ressortissant au follicule spécifique et aux altérations épithéliales et interstitielles non spécifiques. La présence du bacille suffit à provoquer, à côté de la lésion bacillaire typique, la lésion regardée comme d'origine toxique, avec tubes blancs, à l'action locale du bacille de Koch.

Lésion du tissu élastique des artères dans l'athérome.

M. Josué. — Les coupes d'artère athéromateuse (Weigert et Unna) présentent des lames élastiques altérées. L'artère cérébrale, l'artère des membres, donnent une lame élastique interne dédoublée à la limite de la lésion pour se reconstituer du côté opposé. Les lames ainsi séparées sont irrégulières, moniliformes, fragmentées, se colorent mal.

Entre les lames détachées on trouve souvent de fines lamelles élastiques anostomosées et lésées, de la substance amorphe, de la substance calcaire et des éléments cellulaires à noyaux uniques.

Les coupes d'aorte présentent les mêmes lésions. Les lésions expérimentales dues à l'adrénaline sont identiques. La lésion de l'athérome siège donc dans les lames élastiques altérées.

Fonction adipopexique du foie.

MM. Gilbert et Jomier ont examiné le foie de 8 chiens et de 10 lapins soumis au jeûne absolu, de 25 heures à 8 jours, et ont constaté la persistance, même l'exagération, de la grosseur normale du foie.

Lésions des sérums névrotoxiques.

M. Armand Delille a étudié l'histologie de l'écorce cérébrale dans le bulbe de la moelle cervicale de chiens intoxiqués par le sérum névrotoxique.

Outre les lésions congestives de la pie-mère, il y a diapédèse des leucocytes poly et mononucléaires qui constituent des lésions dans les gaines lymphatiques périvasculaires et autour des vaisseaux de l'écorce cérébrale. Les grandes cellules pyramidales et les cellules motrices du bulbe et de la moelle présentent des lésions de chromatolyse.

Splénectomie expérimentale.

M. Arloing a pu se convaincre du rôle protecteur de la rate dans l'infection tuberculeuse à forme septicémique. L'ablation de la rate permet l'édification des lésions tuberculeuses à des stades plus avancés que chez les animaux splénectomisés.

M. Marinescu a pu constater, par la méthode de Cajal, la présence d'un réseau spécial dans la région du pigment jaunes des cellules nerveuses. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 décembre.

Cette séance est la séance publique annuelle. M. Motet prononce un éloge remarquable des académiciens disparus dans l'année : MM. Tillaux, Marey, Duclaux, Trasbot. Puis, le Pr Jaccoud, dans un discours d'une remarquable envolée oratoire, retrace la biographie de Villemin.

Voici la liste des prix décernés pour 1904 :

Prix Alvarenga de Piauhy. — M. Garnier ; mention honorable, M. André Leri.

Prix Apostoli. — M. A. Zimmern.

Prix François-Joseph Audiffred. — Encouragements à MM. Armand-Delille, Nattan-Larrier, Pautrier, Lalesque.

Prix Baillarger. — M. Serieux.

Prix Barbier. — Encouragements à MM. Roger Voisin, Maget et Planté.

Prix Mathieu Bourceret. — M. J. Jolly ; mention honorable à MM. E. Emile-Weil et Antonin Clerc.

Prix Henri Buignet. — MM. Sanglé-Ferrière et L. Cuniasse.

Prix Adrien Buisson. — MM. Leclainche et H. Vallée.

Prix Campbell-Dupierris. — MM. J. Tissot.

Prix Civrieux. — M. Marchand ; mention honorable : M. Jacquemart.

Prix Clarens. — M. Cazalès ; mention honorable à M. Etienne Viguier.

Prix Daudet. — M. Monprofit.

Prix Desportes. — MM. Adolphe Javal, Georges Rosenthal, E. Martignac et J. Lasnier ; mentions honorables à MM. J. Camescasse et J. Glover.

Prix Falret. — Mention honorable à M. Maurice de Fleury.

Concours Vulfranc-Gerdy. — M. Ed. du Pasquier ; récompenses à MM. Beauvy, Vivier, Chiray, Lemaître.

Prix Ernest Godard. — M. Raffray : mentions honorables à MM. Joseph Delacour, Ad. Javal et Lemierre.

Prix Théodore Herpin. — MM. P.-E. Launoy et Pierre Roy ; mentions honorables à MM. Maurice de Fleury, Nimier et Muskens.

Prix Huguier. — M. Monprofit.

Prix Jacquemier. — M. L. Bouchart.

Prix Laborie. — MM. J. Hennequin et Robert Lœwy ; mentions honorables à MM. Lagrange et Georges Luys.

Prix du Baron Larrey. — M. Camail ; mentions honorables à MM. L. Batut et Labanowski.

Prix Laval. — M. Passier.

Prix Henri Lorquet. — Mentions honorables à MM. Henri Carrier et Henri Damave.

Prix Louis. — M. V. Balthazard.

Prix Meynot. — M. Georges Laurens ; mention honorable à M. l'abbé Rousselot.

Prix Adolphe Monbinne. — MM. H. Colin et F. Pactet ; mentions honorables à MM. Ev. Lafforgue, V. Rouffiandis et Talayrach.

Prix Oulmont. — M. Lecène.

Prix Portal. — M. Em.-Weil.

Prix Fourat. — MM. Haillon et A.-F. Plicque.

Prix Saintour. — MM. Fernand Bezançon et Marcel Labbé ; mentions honorables à MM. A. Courtade, Maurice Letulle et A. Rémy.

Prix Stanski. — MM. Fernand Bezançon et André Philibert.

Prix Tarnier. — M. P. Briquel ; mentions honorables à MM. G. Fieux et P. Carton.

Prix Vernois. — MM. Ch. Lesieur et Gustave Spira.

SERVICE DES EAUX MINÉRALES (1).

1° *Médaille de vermeil* : à M. Niepce, d'Allevard.
2° *Médaille d'argent* : à M. Poulain, de Bagnoles-de-l'Orne.
3° *Médaille de bronze* : à M. Durand-Fardel, de Vichy.

SERVICE DES ÉPIDÉMIES.

1° *Médaille d'or à* : M. le général Gallieni, gouverneur général de Madagascar.

2° *Rappels de médailles d'or à* : MM. Bertin, à Nantes ; Blanquinque, à Laon ; F. Camus, médecin principal de 2e classe à Saint-Mihiel ; Chabenat, à La Châtre ; Pennetier, à Rouen.

3° *Médailles de vermeil à* : MM. Baudin, à Besançon ; Billet, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Constantine ; Pic, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

4° *Rappels de médailles de vermeil à* : MM. Boquin, à Autun ; Ficatier, à Bar-le-Duc ; Goraz, à Lille ; Vergely, à Bordeaux.

5° *Médailles d'argent à* : MM. d'Astros, professeur à l'Ecole de Médecine de Marseille ; Caron, à Dieppe ; Colin, à Quimper ; Conor, médecin-major de 2e classe à la direction du service de santé du 3e corps, à Rouen ; Gagnière, à Saint-Chef (Isère) ; Grimaldi, à Marseille ; Leray, à Rennes ; Moreau, à Sens ; Morel, médecin-major, de 2e classe des troupes coloniales ; Saint-Martin, médecin-major de 2e classe au 150e d'infanterie, à Verdun.

6° *Rappels de médailles d'argent à* : MM. Cassedebat, médecin-major de 1re classe au 33e d'artillerie à Toulouse ; Cavaillon à Carpentras ; Desgranges, à Marchenoir (Loir-et-Cher) ; Frottier, au Havre, Hublé, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire Saint-Martin à Paris ; Joly, médecin-major de 1re classe au 94e d'infanterie, à Bar-le-Duc ; Trouilet, a Kairouan (Tunisie).

7° *Médailles de bronze à* : MM. Benoit, médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Blida ; Bernard, aide-major de 1re classe au 3e chasseurs d'Afrique, à Constantine ; Dupuy, à Marseille ; Ginestous, à Bordeaux ; Moinet, médecin-major de 2e classe à la direction du service de santé du 9e corps, à Tours.

8° *Rappels de médailles de bronze, à* : M. Decouvelaer, à Hazebrouck ; Lecoq, à Cany (Seine-Inférieure) ; Levassort, à Mortagne ; Mougin, à Vitry-le-François.

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE.

1° *Médaille de vermeil à* : M. Benoist, à Vannes.

2° *Rappels de médailles de vermeil à* : MM. Auvert, d'Aurillac ; Bouju, d'Orléans ; Metton-Lepouzé, de Rouen ; Pecker, de Saint-Germain-en-Laye.

3° *Rappel de médaille d'argent à* : M. Hamel, de Saint-Lô.

4° *Médailles de bronze à* : MM. Guerrier et Spira, de Paris.

A.-F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 décembre 1904.

A propos des tumeurs du gros intestin (Suite).

M. HARTMANN clôt la discussion soulevée par sa première communication, et aux 14 observations déjà citées, il en ajoute trois, dont une due à M. Cunéo et l'autre à M. Lecène, ses élèves. Cela fait un total de dix-sept résections avec deux morts.

M. Hartmann a confondu dans la même appellation « tumeurs » la tuberculose et les néoplasmes du gros intestin, parce que la distinction n'est pas toujours facile à faire, même avec les pièces en main. D'ailleurs, cette distinction, au point de vue de la détermination opératoire, n'a qu'une importance relative.

La technique qu'il préconise présente deux principaux avantages : 1° elle évite la contamination du péritoine ; 2° elle supprime les dangers de sphacèle, pour insuffisance d'irrigation, puisqu'on ne résèque pas de mésocolon.

Hochenegg, sur six cas, a obtenu six guérisons. Mickulicz n'a perdu que deux malades sur seize opérés. On voit que le pronostic de la résection colique pour tumeur du gros intestin a été sensiblement amélioré dans ces dernières années.

A propos de la splénectomie.

M. MICHAUX s'est bien trouvé de l'attitude suivante donnée au malade : celui-ci étant couché, on place sous la région lombaire un fort coussin sur lequel s'infléchit la colonne vertébrale, ce qui fait bâiller son ouverture thoracique et facilite l'accès des régions du foie et de la rate.

L. KENDIRDJY.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 décembre 1904. — PRÉSIDENCE DE M. TISSIER.

La séance est ouverte à 4 h. 50. Le procès-verbal de la dernière réunion est adopté.

M. LE PRÉSIDENT annonce le décès de M. DUBUC, ancien président de la Société, survenu pendant les vacances ; la Société regrette de n'avoir pas pu être avisée et adresse ses condoléances à la famille. — M. GODLEWSKI a été promu officier de l'Instruction publique. — M. F. TERRIEN a été nommé ophtalmologiste des hôpitaux. M. le Président les félicite au nom de la Société.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE. — Revues et journaux habituels. — *La loi de* 1902 *et les stations hydrominérales*, par M. le Dr Graux.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE. — Lettre de M. Delcage demandant que son titre de membre titulaire soit transformé en celui de membre correspondant national ; la Société décide que le vote aura lieu dans le cours de la séance.

M. DUBAR donne lecture de son rapport sur les titres et travaux de M. Sakorraphos, candidat à la qualité de membre correspondand étranger.

Après avoir parcouru le travail de candidature du Dr Sakorraphos, on est tout pénétré de cette idée que la science de l'observation a commandé au clinicien et qu'elle l'a conduit logiquement, sans effort et sans peine, à la conception d'une entité morbide nettement définie et hardiment appelée le *Chloropaludisme*. Encore un mot nouveau, direz-vous, mes chers collègues, je vous en demande pardon pour son auteur, mais par l'exposé des motifs, par la précision des symptômes, par la vigoureuse observation, il ne manquera pas de rallier vos suffrages en s'imposant par un vrai mérite : celui de la réalité. A l'aide de six observations minutieusement prises à l'hôpital de la Policlinique d'Athènes, le Dr Sakorraphos établit que la chlorose, survenant chez des paludiques avérés, ne doit pas être considérée comme une chlorose simple, banale. En approfondissant l'examen, on peut voir qu'il n'y a là qu'une ressemblance grossière — macroscopique si l'on peut dire — et qu'elle se distingue nettement par des caractères spéciaux propres à la chlorose. Parmi ceux-ci, il convient de signaler une augmentation de volume du foie, l'absence d'altérations cliniques du cœur, et enfin les modifications qui portent sur l'examen du sang.

Nous laissons la parole à l'auteur qui s'exprime ainsi. « Les « petits éléments arrondis et fusiformes désignés par le profes- « seur Hayem comme hématoblastes, ne sont pas augmentés « de nombre. Plusieurs observateurs, notamment M. Gilbert, af- « firment que, dans la chlorose, on aperçoit une accumulation « des hématoblastes due à un ralentissement dans la transfor- « mation de ces éléments. De plus, dans la chlorose on note « une disproportion entre la quantité de l'hémoglobine et le « nombre des hématies. La chlorose est la seule maladie où « l'on puisse voir la charge hémoglobique être très faible « avec un nombre encore élevé des globules (Hayem).

« Dans les cas de chlorose paludique, on constate tout le « contraire. Plus le chiffre des hématies s'abaisse et plus aus- « si s'abaisse l'hémoglobine. Il n'y a pas de difformité. La « grande majorité des hématies gardent leur forme discoïde, « tandis que dans la chlorose simple, une des caractéristiques « c'est la difformité des hématies.

(1) Ces récompenses se réfèrent à l'année 1902.

« Le sang, au point vue des leucocytes, a toujours montré « une augmentation des lymphocytes qui a,croyons-nous,une « signification toute particulière.On sait en effet qu'au cours du « paludisme chronique,on a cité la lymphocytose.M.Vincent en « cite quelques cas et MM. Achard et Lœper sont du même « avis. Cette lymphocytose signifie-t-elle une liaison entre le « paludisme et le chloro-paludisme ?

Au point de vue général. il convient encore de noter l'aspect des malades qui est tout à fait caractéristique au dire de l'auteur, la pâleur est ici stable et constante — on dirait de l'albâtre — fait qui contraste avec l'instabilité de coloration de la face des chlorotiques. Il s'agit dont là d'une entité morbide post-paludéenne caractérisée par des altérations spéciales du sang accompagnées d'autres symptômes qui la différencient de la chlorose et qui justifie bien à notre avis la légitimité du *Chloropaludisme*.

La clarté de l'exposition, la précision des symptômes, l'allure clinique de ce travail lui donnent une façon qui ne manque pas de s'inspirer de la méthode française. Si j'ajoute que ces belles qualités ont reçu une sanction dans la nomination de M. Sakorraphos au titre de Professeur agrégé à la faculté d'Athènes, vous penserez avec moi ,Messieurs et chers collègues, que nous ne pouvons mieux faire qu'en agréant à bras ouverts cette candidature qui est la bienvenue.

M. Moutier, candidat au titulariat, lit un travail intitulé : **Les manifestations tardives de l'hypertrophie prostatique**.

Cette candidature est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Desnos, Le Fur et Picqué, rapporteur.

M. Picqué lit un travail ayant pour titre : **Ectopie rénale et Psychopathies** (*Sera publié*).

M. F. Glénard rappelle que, il y a deux ans, à la suite d'une communication de M. Picqué sur la guérison d'un cas de mélancolie anxieuse par une opération d'appendicite à rechutes, il a exprimé à la Société de médecine combien il croyait féconde la voie dans laquelle avançait si brillamment M. Picqué. M. Glénard, s'appuyant, à défaut de vésanies, sur son expérience des névropathies qui forment le tiers de son domaine d'observations, est convaincu que la recherche des localisations, en dehors du système nerveux, chez les psychopathes, et, s'il y a lieu, l'intervention opératoire suivant les indications de chirurgie générale, feront découvrir et guérir nombre de psychopathies symptomatiques que la doctrine essentialiste considérait comme incurables.

De même, dans les névropathies, la recherche des ptoses ou de l'hépatisme permet de faire sortir du cadre des névroses considérées comme idiopathiques, nombre de cas où cette doctrine de nervosisme essentiel ne conduisait qu'à une thérapeutique inefficace.Dès lors, ces malades, différemment interprétés, deviennent curables par le traitement de la cause dont leur névropathie était symptomatique, et leur guérison fait la preuve.

L'observation, apportée par M. Picqué,d'une psychose guérie par la fixation opératoire d'un rein mobile, serait la démonstration d'une nouvelle localisation de la folie, la mobilité du rein et de l'efficacité contre la folie, l'intervention chirurgicale indiquée.

Pourtant M. Glénard se demande si, dans ce cas particulier, la guérison ne comporte pas une interprétation différente, qui serait conforme à sa théorie du rein mobile, théorie dont il a encore rappelé les conclusions il y a deux ans, au Congrès d'urologie, dont a parlé M. Picqué, et où la question du rein mobile était à l'ordre du jour.

Lorsque, il y a vingt ans, M. Glénard publia ses premiers travaux sur le rein mobile, le traitement de cette maladie, considérée jusque là comme bizarre, était exclusivement chirurgical. Si la fixation à l'aide d'un bandeau se montrait inefficace, l'indication était d'opérer, ou par la néphrorraphie, que venait de proposer Hahn en 1881, ou par la néphrectomie, à laquelle certains chirurgiens conseillaient de recourir d'emblée. La question de l'indication opératoire dans la maladie dite du rein mobile, prit brusquement une grande importance, lorsque M. Glénard eût démontré que la fréquence du rein mobile était décuple de celle qu'on lui avait attribuée jusque-là.

M. Glénard démontra en effet qu'on le rencontrait chez 14 p. 100 des maladies, chez 30 p. 100 des femmes dyspeptiques ou névropathes et cette fréquence inouïe a été depuis vérifiée par tous les auteurs Il suffisait pour s'en convaincre de chercher le rein mobile parmi les dyspepsies et les névropathies et de le chercher à l'aide d'un procédé nouveau basé sur la mobilité respiratoire du rein, lorsqu'il était mal fixé. C'est fortuitement,et en essayant d'explorer les coudes du côlon sous les fausses côtes,que M Glénard avait trouvé le rein mobile de l'hypochondre et la technique propre à le déceler.

Mais en même temps, M. Glénard démontrait que le rein mobile n'est pas la cause des troubles fonctionnels dont il est accompagné. Ces mêmes troubles sont rencontrés chez des malades dont le rein n'est pas mobile, et, parmi ces troubles, même le symptôme considéré comme pathognomonique de la mobilité du rein, la sensation de boule migratrice dans le côté, qui est un symptôme intestinal dû à la migration des gaz dans le côlon ascendant. M. Glénard démontrait en outre que, contre ces troubles, la ceinture usitée pour immobiliser le rein était aussi efficace que s'il existait un rein mobile ; en outre, elle était d'autant plus efficace qu'elle était appliquée plus bas sur l'abdomen, c'est-à-dire plus loin de la région rénale, et qu'elle se rapprochait davantage de la forme d'une sangle élastique embrassant exactement et relevant la région hypogastrique, en prenant son point d'appui sur le bassin même.

Tel fut le point de départ de la théorie de l'entéroptose, d'après laquelle le rein mobile n'est que le témoin d'une affection digestive, caractérisée par le processus ptosique des viscères abdominaux, avec diminution de la tension de l'abdomen, et cette affection digestive, une maladie générale de la nutrition, rentrant dans le cadre de l'hépatisme.

A cette conception nouvelle correspondaient un ensemble d'indications thérapeutiques excluant l'intervention opératoire, sauf bien entendu le cas spécial où le rein mobile serait en même temps atteint d'une maladie propre, de son tissu ou de son pédicule, justiciable de la chirurgie ; mais alors ce n'est plus un rein mobile, c'est une maladie du rein avec mobilité. En fait, le traitement médical, déduit de la théorie ptosique (sangle, laxatifs, régime carné, alcalins),donne des résultats remarquables dans l'immense majorité des cas de rein mobile non compliqué. D'un autre côté, M. Glénard a observé nombre de malades chez lesquels la fixation du rein ne procure aucune amélioration de la santé, ou qu'une atténuation momentanée des malaises ; il a observé également nombre de malades chez lesquels l'indication opératoire avait été posée et qui, ayant voulu avant de se soumettre à l'opération éprouver encore une fois l'action d'un traitement médical, avaient guéri sans intervention chirurgicale par le traitement de la maladie des ptoses.

M. Glénard se croit donc fondé à se demander si, dans le brillant succès obtenu par M. Picqué, la guérison de la psychose chez une vésanique se connaissant un rein mobile, est vraiment due à la fixation du rein ou bien si l'on ne doit pas plutôt l'attribuer à l'acte opératoire, indépendamment de la néphrorraphie.L'intervention chirurgicale aurait été inefficace, en supprimant l'obsession, comme l'eût fait peut-être une simple aspiration simulée. Ou enfin peut-on comparer cette guérison à celles dont il existe plusieurs exemples déjà, le premier étant celui de King en 1836, où, la malade ayant été laparotomisée pour une néphrectomie du rein mobile, le chirurgien ne trouva pas le rein, ferma la plaie et la malade fut tout de même guérie.

M. Christian. — J'estime que M. Picqué s'est engagé sur un terrain difficile, car il y a là beaucoup de faits

contradictoires, la néphrorrhaphie guérissant les uns, sans améliorer les autres. Ces derniers seraient surtout des aliénés chroniques. Or, les délirants aigus guérissent parfois à la suite de l'apparition d'un simple furoncle. J'ai même utilisé cette remarque en appliquant chez des agités, des sétons au cou. Je dois dire que je n'ai jamais eu de résultat, si ce n'est dans des cas de mélancolie ou pourtant je ne paraissais pas devoir en obtenir.

M. Coudray. — J'ai fait une néphropexie, il y a dix ou douze ans, chez une jeune femme hystérique avec tendance mélancolique qui présentait à droite un rein très mobile accompagné de vives douleurs.

Le résultat a été satisfaisant ; les douleurs ont presque complètement disparu, mais à la suite d'une chute dans un escalier, deux ou trois ans après l'opération, le rein est devenu mobile presque comme auparavant et les douleurs ont reparu.

M. Marie. — Pendant fort longtemps on a considéré que des cas de folie aiguë pouvaient être influencés par des suppurations. Je croyais qu'il n'y avait là qu'une légende quand,il y a quelques années, à Lyon, on proposa d'employer des abcès de fixation contre des intoxications et depuis, à Edimbourg j'ai vu pratiquer cette méthode contre la manie aiguë en vue d'obtenir des rémissions. Pour ma part, j'ai vu un paralytique général à la dernière période qui,à la suite d'une pleurésie purulente opérée par M. Picqué,a eu une amélioration très nette de son état mental.

M. Christian. — Je répète, pour qu'il n'y ait aucune confusion,que des cas d'agitation maniaque aiguë guérissent souvent après une suppuration, mais que pratiquement je n'ai pu déterminer semblable résultat.

M. Picqué. — Je répondrai à M. Glénard qu'en effet, on a d'abord exagéré la nécessité de l'intervention chirurgicale dans les cas de rein mobile, que cependant, dans les cas d'hydronéphrose intermittente, il y a lieu d'intervenir. Je crois que ma malade ne présentait aucune altération pouvant compliquer son rein mobile. J'explique la guérison de son état mental par la cessation des phénomènes douloureux qui, chez elle, avaient créé l'obsession d'où dérivait sa mélancolie. — Quant aux opérations simulées, je n'en suis pas partisan, les ayant souvent vues provoquer des crises aiguës particulières.

Comme M. Christian, j'ai vu des opérations rationnelles n'aboutir à aucun résultat au point de vue psychique et spécialement chez les chroniques où l'on n'obtient que de l'amélioration somatique. Pour ce qui est des cas aigus, ils peuvent guérir parfois par l'intervention dirigée contre le point de départ de la lésion infectieuse.

Quant à la question des suppurations curatives, je n'ai aucune opinion personnelle à cet égard.

Chez les hystériques, le traitement médical convient mieux et j'ai horreur d'intervenir chirurgicalement chez eux. En effet, le Congrès de Montréal et le referendum qui lui fit suite ayant voulu démontrer que l'intervention chirurgicale était condamnable chez les aliénés, j'ai examiné les statistiques publiées à ce sujet et j'ai pu me convaincre que les résultats mauvais n'étaient notés que chez des hystériques.

M. Marie fait une présentation de **quelques radiographies et pièces osseuses relatives à des aliénés**.

M. le Président fait observer que, depuis quelque temps, les convocations arrivent trop tard.

M. le Secrétaire général répond qu'il ira en personne présenter ses observations à l'imprimeur chargé de ces expéditions, et prendra les mesures nécessaires pour éviter le retour de ces négligences préjudiciables. Le « bon à tirer » étant toujours donné le lundi, les convocations devraient arriver le mercredi qui précède la séance, si elles étaient envoyées en temps utile : le secrétaire général se proposait déjà de faire une enquête à ce sujet.

Une Commission, composée de MM. Leudet, Graux et Buret, est nommée pour l'organisation du banquet de la Société en 1905, dont la date est fixée au **28 janvier**.

Renouvellement du bureau.

1° M. Graux est nommé Président.

2° M. Desnos est nommé Vice-Président.

3° MM. Monel et Margain sont nommés secrétaires annuels.

4° MM. Tissier et Leudet sont nommés membres du Conseil d'Administration.

5° MM. Coudray, Millée, Dhomont et Albert Weil sont nommés membres du Comité de publication.

Toutes ces nominations sont faites à l'unanimité des votants. — En conséquence, le Bureau pour l'année 1905, se trouve ainsi composé :

Président : M. Graux. — *Vice-Président* : M. Desnos. — *Secrétaire général* : M. Buret. — *Secrétaires annuels* : MM. Monel et Margain. — *Archiviste* : M. Mouzon. — *Trésorier* : M. Brossard.

Conseil d'Administration : MM. Tissier et Leudet, assistant le Bureau.

Comité de publication : MM. Coudray, Millée, Dhomont et Albert Weil, assistant le Secrétaire général.

Elections. — M. le Dr Spyridion Kanellis, d'Athènes, ayant obtenu l'unanimité des suffrages, est nommé membre correspondant à titre étranger.

M. Deléage (de Vichy), ancien membre titulaire, est nommé, à l'unanimité des votants, membre correspondant national.

La séance est levée à 6 h. 50.

Le Secrétaire général, F. Buret. — *Le Secrétaire de service,* Margain.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Stérilisation par l'ozone des eaux destinées à l'alimentation publique (procédé de la « Société française de l'ozone » ; MM. Ogier et Ed. Bonjean, *rapporteurs*.

Les auteurs terminent ainsi leur rapport :

En résumé, nous proposons à la première section du Comité consultatif d'hygiène de déclarer que le procédé de stérilisation des eaux par l'ozone, au moyen de l'appareil Otto, exploité par la Compagnie française de l'ozone, donne, dans les conditions indiquées au cours de notre rapport, les bons résultats qu'on est actuellement en droit d'attendre de toute application judicieuse de l'ozone à la stérilisation des eaux de boisson.

Cette conclusion favorable vise exclusivement, répétons-le, l'appareil que nous avons vu fonctionner. La Compagnie française de l'ozone possède, en effet, d'autres appareils, notamment des ozoneurs rotatifs sans diélectriques, dont nous n'avons pas étudié la marche.

Il se peut d'ailleurs, en pratique, que des difficultés se présentent dans l'emploi de ces divers systèmes. Aussi, rappellerons-nous en terminant que, si de semblables procédés devaient être appliqués à l'alimentation en eau d'une ville déterminée — et nous croyons savoir que le cas se présentera prochainement — les appareils devraient être soumis de nouveau à l'examen du Comité consultatif d'hygiène, et étudiés dans les conditions même de leur fonctionnement définitif pendant un temps assez long pour que l'efficacité du système pût être rigoureusement démontrée (1).

Stérilisation des eaux potables par l'ozone. (Procédé de la société « Sanudor », système « de Frise ») ; MM. Ogier et Bonjean, *rapporteurs*.

Conclusions. — Les expériences qui viennent d'être résumées montrent que le procédé de stérilisation par l'ozone dit « système de Frise », fonctionnant dans les conditions indiquées au cours de ce rapport, réalise pratiquement la stérilisation des eaux de boisson ; les micro-organismes de ces

(1) Des essais fait par l'A. P. n'auraient pas donné des résultats démonstratifs, tant pour l'eau de Seine que pour l'eau de source.

eaux sont détruits, à l'exception de quelques germes sporulés très résistants, lesquels persistent aussi dans les divers procédés basés sur l'emploi de l'ozone et autres agents chimiques.

Les appareils installés actuellement à l'usine des eaux de la ville de Paris à Saint-Maur sont de véritables appareils industriels, capables de débiter assez d'eau stérilisée pour suffire à l'alimentation d'une ville importante.

Les conclusions favorables de ce rapport visent exclusivement les appareils tels que nous les avons vus fonctionner. Si de semblables procédés doivent être dans l'avenir appliqués à l'alimentation en eau d'une ville déterminée, les projets devront être, dans chaque cas, soumis à l'examen du Comité consultatif d'hygiène, et les appareils devront être étudiés dans les conditions mêmes de leur fonctionnement définitif, pendant un temps assez long pour que leur efficacité soit rigoureusement démontrée.

Comme on se préoccupe beaucoup des procédés à employer pour assurer l'alimentation en eaux potables de toutes les communes de France, nous avons estimé utile de donner les conclusions des deux remarquables rapports de MM. Ogier et Bonjean, votées par le *Comité d'hygiène publique* de France, dans sa séance du 5 décembre.

REVUE D'HYDROLOGIE

Rédacteur spécial : M. Lucien GRAUX.

I. — La radio-activité des eaux minérales; par MM. CURIE et LABORDE.

MM. CURIE et LABORDE se sont adonnés depuis quelques mois à l'étude de la radio-activité des gaz qui se dégagent des sources thermales (1).

Les cinq substances radio-actives connues, l'uranium, le radium, l'actinium, le polonium, le thorium, émettent constamment et proportionnellement au temps une émanation se comportant comme un gaz qui rendrait l'air conducteur de l'électricité en s'y mélangeant et qui communiquerait aux corps qu'il touche des propriétés analogues aux siennes (radio-activité *induite*) ; cette émanation perd ses propriétés radio-actives avec le temps. Le prof. Dewar a trouvé de l'hélium dans les gaz qui s'échappent de la principale source de Bath (Angleterre) et M. Strutt a démontré que de faibles quantités de produits radio-actifs existaient dans les dépôts formés par cette source. D'après MM. Elster et Geitel (2) l'hélium est fréquent dans les eaux de source riches en émanations, émergeant surtout de terrains volcaniques.

MM. Curie et Laborde ont étudié les gaz qui se dégagent au griffon d'un grand nombre de sources et ont pu les comparer entre eux au point de vue radio actif au moyen d'un condensateur cylindrique spécial. Voici les résultats obtenus (i est le courant que l'on a dans l'appareil lorsqu'on introduit le gaz : i est exprimé en unités électrostatiques de courant ; n est le nombre de minutes pendant lequel il faudrait laisser séjourner 1 milligr. de bromure de radium pur dans un litre d'air pour obtenir le même courant dans l'appareil qu'avec les gaz étudiés).

Source		$i \times 10^3$	n
Bad-Gastein (Autriche) (Source Grabenläcker		360	19,7
Plombières (Vosges)	Source Vauquelin..	47	2,5
	Source n° 3 ..	29	1,53
	Source n° 5 ..	28	1,48
	Source des Capucins	21	1,16
Bains-les-Bains		16	0,89
Luxeuil	Bains de dames	5,7	0,29
	Grand-bain	2,3	0,12
Vichy, source Chomel		4,6	0,25
Néris		4,2	0,23
Bagnoles-de-l'Orne		3,3	0,17
Salins-Moutiers (Savoie)		3	0,16
Cauterets, Eaux-Bonnes, Lamalou, Mont-Dore		de 0,16 à 0,6	à 0,034
Royat, Châtel-Guyon, Alet (Aude)		0	0

Les gaz n'ont pu être étudiés que 4 jours après leur sortie du griffon. D'après la loi de déperdition, ils auraient été 2 fois plus radio-actifs. On peut se demander actuellement si l'action spéciale attribuée à des sources dites indéterminées (Bad-Gastein et Plombières) n'est pas précisément due à leur radio-activité.

Telles sont les belles recherches de MM. Curie et Laborde. Tout l'été, avec l'appui de l'éminent président du Syndicat médical des stations balnéaires, M. Albert Robin, ils ont pu examiner les gaz recueillis au griffon de la plupart des eaux minérales françaises (1).

II. — L'Eau d'Evian; par le Dr CHIAÏS (Paris, Baillière, 1903.)

Le Dr Chiaïs après avoir rappelé « ce qu'on dit de l'eau d'Evian (source Cachat) ce qu'elle fait et ce qu'elle est », établit ses indications et ses contre-indications.

Ses indications sont déduites de la rapidité avec laquelle l'eau s'élimine par les reins, se digère et circule dans les éléments cellulaires. Aussi l'eau d'Evian est-elle indiquée dans les maladies des voies urinaires compliquées ou non, dans la parésie stomacale, l'atonie sécrétoire de l'estomac et du pancréas. Elle doit être également employée dans les dyspepsies par atonie nerveuse et musculaire, dans les insuffisances hépatiques, les maladies par ralentissement de la nutrition, les chloroses avec état infectieux, l'artério-sclérose, etc.

Elle est contre-indiquée dans les congestions rénales, la paralysie de l'estomac, le rétrécissement du pylore et tous les états fébriles ainsi que les états s'accompagnant d'hyperazoturie. Il en est de même de l'albuminurie et de tous les états cachectiques.

III. — Contrexeville; par le Dr Gaston GRAUX (Paris 1904).

Le Dr Gaston Graux passe en revue les propriétés physiques et la composition chimique de l'eau de Contrexéville (eau froide, sulfatée et bicarbonatée calcique, magnésienne, ferrugineuse, lithinée et silicatée). Puis il décrit son mode d'emploi et étudie son action physiologique.

Le traitement de Contrexéville s'adresse aux néphrétiques (spécialité), aux urinaires, aux goutteux, aux hépatiques, aux diabétiques.

1° *Néphrétique* : « Qui dit gravelle, dit Contrexéville, tous ceux qui ont des coliques néphrétiques, tous ceux qui souffrent des reins, soit par gravelle acide (acide urique, oxalate de chaux et cystine) soit par gravelle alcaline (phosphates) soit par pyélite, pyélo-néphrites, néphroptoses sont indiqués pour Contrexéville.

2° *Urinaire* : Les cystites chroniques par infection (blennorrhagie ou cathétérisme) par maladies générales ou diathésiques, par grossesse relèvent des eaux de Contrexéville.

3° *Goutteux* : Les goutteux tirent toujours un réel bénéfice de leur cure hydrominérale. Ce sont surtout les malades atteints de goutte blanche, atonique, chronique, avec déformation des jointures, dépôts tophacés et impotences fonctionnelles qui se trouvent le mieux de leur séjour à Contrexéville. L'iritis goutteuse disparait généralement quelque temps après la cure.

4° *Hépatiques* : Bagard écrivait déjà en 1760 : « Ces eaux,

(1) *Académie des sciences* (9 mai 1904). Lire aussi les articles de M. Laborde dans le *Radium*, la *Science au XXe siècle*, etc.

(2) Cf. in *Arch. des sciences physiques et naturelles de Genève*, 1904, 15 janv., p. 5.

(1) Consulter également : HAMAIDE. De la radio-activité des eaux de Plombières. *Presse médic.*, 28 mai 1904, p. 339.

HERMANN ET PESENDOFER. — Radio-activité des thermes de Karlsbad. *Wiener klin. Wochenschrift*, 14 juillet 1904.

DE GIOVANNI. — A propos de la radio-activité des boues et des eaux d'Albano. *Gazetta degli ospedali e delle cliniche*, mai 1904.

contenant un acide minéral et du savon, seront très utiles dans les cas d'épaississement de la bile et dans les obstructions du foie, avec d'autant plus de raison que ces eaux ont quelquefois la vertu purgative ». Aussi la cure de Contrexéville convient elle-tout particulièrement aux foies engorgés et congestifs des gros mangeurs, des arthritiques, des obèses et des goutteux.

5° *Diabétiques*, surtout les diabétiques goutteux.

Puis le Dr Graux passe en revue les contre-indications générales et particulières aux néphrétiques, aux urinaires, aux goutteux, aux hépatiques et aux diabétiques.

IV. — Le lithium dans les eaux minérales des Vosges ; par M. Frenkel, docteur ès sciences. (*Annales d'hydrologie et de climatologie médicales*, déc. 1904.)

M. Frenkel a fait le 7 déc. 1903 une très remarquable communication à la Société d'hydrologie médicale de Paris sur le lithium dans les eaux minérales des Vosges. Les analyses de la source de Martigny variaient d'une façon inexplicable. M. Jacquemin en 1868 avait trouvé 30 milligrammes de chlorure de lithium par litre, tandis que M. Wilm en 1880 n'en trouvait que trois centièmes de milligramme calculés en lithium métallique et M. Debray 7 milligrammes.

Devant une telle discordance, M. Frenkel crut utile de refaire les dosages de Martigny, Vittel et Contrexéville. Il opéra suivant une méthode des plus rigoureuses qu'il décrit minutieusement. Chaque dosage fut répété deux fois. On opéra sur trente litres d'eau (bouteilles prises dans les dépôts de Paris).

Voici les résultats obtenus : Rapport des richesses en lithium : Martigny, = 1, Vittel = 1, 2, Contrexéville = 18. Et sous forme de bicarbonate de lithium on trouve 439 centimes de milligr. pour Contrexéville, 24 centièmes de milligrammes pour Martigny et 26 centièmes de milligrammes pour Vittel.

La cause de l'erreur commise par Jacquemin dans l'analyse de l'eau de Martigny réside dans sa méthode. Le précipité pesé comme phosphate de lithium devait nécessairement contenir des sels de chaux et peut-être des sels de magnésie. L'eau de Contrexéville est donc beaucoup plus lithinée que celle de Vittel et de Martigny.

V. — Médication arsenicale et cure d'altitude associées dans le traitement de certaines dystrophies aux eaux de la Bourboule; par M. le Dr Sersiron. (Paris, Masson 1904.)

Les travaux récents de MM. Gautier et Bertrand ont montré que l'arsenic entre, au même titre que l'azote, le phosphore et le soufre, dans la composition normale de toutes les cellules de nos tissus.

Sous l'influence du climat d'altitude, le nombre des globules rouges et la quantité d'hémoglobine du sang s'accroissent, les mouvements respiratoires augmentent de nombre et d'amplitude et la tension artérielle s'élève. Ces phénomènes correspondent d'après Jacquet à une véritable restauration protoplasmique du sang et des tissus avec diminution de l'azote et de l'acide phosphorique des urines. Les conclusions de M. Albert Robin sur les modifications des échanges respiratoires en montagne sont venues confirmer ces expériences en montrant une stimulation générale des échanges gazeux.

C'est ainsi que la station de la Bourboule, qui unit à une médication arsenicale (28 milligr. d'arséniate de soude par litre équivalent à 21 gouttes de liquide de Fowler) tous les avantages de la moyenne et de la haute altitude (850 et 1100 mètres) est à priori une station de choix pour la plupart des dystrophiques.

VI. — Comment nos ancêtres prenaient les eaux; par le Dr Helme. (*Revue moderne de médecine et de chirurgie*, Février-Mars 1904.)

Le Dr Helme, l'un de nos plus brillants chroniqueurs médicaux, nous conte avec tout son humour habituel la façon dont on prenait jadis les eaux. Il est difficile d'analyser des pages qu'il faudrait citer tout entières. A Aix, dit le Dr Helme, on buvait jusqu'à 20 verres par jour, ensuite venait la douche, il fallait, pour en sortir, être rouge comme un homard — cuit à point. Rien de plus amusant que cette lettre où Mme de Sévigné raconte sa douche : « C'est une assez bonne répétition du Purgatoire. On est toute nue dans un petit lieu souterrain, où l'on trouve un tuyau de cette eau chaude qu'une femme vous fait aller où vous voulez. Cet état, où l'on conserve à peine une feuille de figuier pour tout habillement est une chose assez humiliante ».....

Le gros succès de la station date en réalité de la Révolution où un grand nombre d'émigrés s'y étaient réfugiés et qu'ils ne quittèrent qu'à l'arrivée de Montesquiou et de la Tour d'Auvergne. Joséphine de Beauharnais y vint à son tour sous l'empire et il fut de bon ton de s'y rendre. Les eaux d'Aix étaient lancées et Corvisart, le médecin de la cour, en prescrivit maintes fois le séjour à la famille impériale.

BIBLIOGRAPHIE.

Aubel. — La médication thermale. *Ann. méd.-chir. du centre*, 17 janvier 1904, p. 31.

Aubœuf. — Les coloniaux aux eaux thermales. *Caducée*, 4 juin 1904.

Black Jones. — L'eau minérale de Llangammarh-Wells. *Brit. med. journ.* 24 octobre 1903, p. 1055.

Chanoz et Doyon. — Point de congélation, conductibilité électrique spécifique et action hémolytique de quelques eaux minérales. *Journ. de phys. et de path. génér.*, 15 mai 1903.

Chevalier. — Hydrominéralogie du Velay. *Gaz. des Eaux*, mai 1904.

Donnadieu-Lavit. — Du surmenage thermal à Lamalou. *Montpellier médical*, 23 août 1903.

Dufourt. — L'influence des alcalins sur le métabolisme des albuminoïdes. *Lyon méd.*, 1er mai 1904.

Fnauze. — L'action physiologique des eaux de Nauheim. *Lancet*, 16 juillet 1904.

de Giovanni. — A propos de la radio-activité des boues et des eaux d'Albano. *Gazetta degli ospedali e delle clin.*, mai 1904.

Hamaide. — De la radio-activité des eaux de Plombières. *Presse méd.*, 28 mai 1904.

Henius. — L'eau arsenic. de Val-Sinestra et son influence sur la nutrition. *Deutsche méd. Wochenschrift*, 23 juin 1904.

Hermann et Pesendorfer. — Radio-activité des eaux de Karlsbad. *Wiener klin. Wochenschrift*, 14 juillet 1904.

Joachin Alexeixandre y Aparici. — Les Eaux-mères en Hydrologie. *Gaz. des Eaux*, 23 juin 1904.

Lamarque. — L'enseignement de l'hydrologie médicale. *Journal de physiothérapie*, 15 mai 1903, 15 octobre 1903 et 15 juin 1904.

de Marchis et Baldwin. — L'action sur les échanges organiques des eaux acidulo-salines lithoboriquées. *Arch. di farmacol. sper. e sc. affini*, avril 1903, p. 145.

Montemartini. — Analyse chim. de l'eau ferrug. de Rome. *Arch. di farmacol. sperm. e. sc. aff.*, juin 1903.

Montennis. — La médicat. alcal. natur. *Journal des Praticiens*, 21 février 1903.

Pessez. — Cure de Châtel-Guyon chez les enfants. *Pédiatrie pratique*, 1er mars 1904.

de Ranse. — Une cure thermale. *Journ. de physioth.*, 15 juin 1903.

Recourat. — Notice sur les eaux min. ferrug. et digest. de Fontaine-Bonneleau (Oise). *Gaz. des Eaux*, 1er juillet.

Relaud. — Analyse élémentaire de quelques eaux minérales de l'île de la Réunion. *Ann. d'hyg. et de méd. col.*, janvier 1904, p. 110.

de Ribier. — Les stations thermales et les eaux minérales en France sous l'ancien régime. *Rev. d'Auvergne*, 1er février 1904.

Sevestre. — Sur les travaux des stagiaires de l'Académie aux eaux minérales en 1903. *Gaz. des Eaux*, 1er juillet. L.-G.

Muséum d'histoire naturelle. *Cours de Zoologie* (animaux articulés). — M. E.-L. Bouvier, professeur, membre de l'Institut, commencera ce cours le lundi 19 décembre 1904, à dix heures et demie du matin, et le continuera, les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. Le cours sera divisé en trois parties : 1° l'histoire naturelle des crustacés : structure, développement, classification, biologie et utilisation ; le lundi et le mercredi, du 19 décembre 1904 au 15 février 1905 (17 leçons), dans la nouvelle galerie de zoologie ; 2° conférences sur les insectes hyménoptères, en présence des matériaux de la collection ; le vendredi, du 23 décembre 1904, au 10 février 1905 (8 conférences), dans le laboratoire d'entomologie (rue de Buffon, n° 55) ; 3° armature buccale des insectes, surtout des insectes piqueurs, les lundi 20, mercredi 22, vendredi 24 et lundi 27 février 1905, dans la nouvelle galerie de zoologie. Cette dernière partie du cours sera complétée par des exercices pratiques qui auront lieu à l'Institut Pasteur, le 28 février et le 1er mars, à une heure de l'après-midi. Des conférences-promenades, annoncées par des affiches manuscrites, seront faites par le professeur dans la galerie d'entomologie appliquée, au cours de la belle saison.

BIBLIOGRAPHIE

Significacion patologica del colico hépatico ; patogenia ; terapeutica. (Signification pathologique de la colique hépatique ; pathogénie, thérapeutique) ; par le Dr R. J. Abaytua. (Extrait de la *Revista de Médecina y cirurgia practicas*, Madrid, 1904.)

Considérant les différentes théories émises au cours de ces dernières années pour expliquer la production de la colique hépatique, l'auteur se rattache à celle de l'infection, réfutant dans une bibliographie des mieux choisies la *rétention biliaire, l'action mécanique,* qui veut qu'un calcul, cheminant du foie à l'intestin, soit la cause de l'ictère produit et des douleurs concomitantes.

Cette étude l'amène à considérer trois grandes causes dans la production de la colique hépatique :

1° L'affection calculeuse peut se produire en dehors de toute production calculeuse ;

2° La lithiase biliaire est fréquente et cependant les coliques hépatiques sont relativement rares chez les lithiasiques ;

3° Il n'existe pas toujours une relation directe entre l'intensité et la durée de la crise hépatique d'une part et le volume et la forme des calculs expulsés d'autre part.

Les expériences de laboratoire et les observations cliniques d'un grand nombre d'auteurs démontrent péremptoirement qu'il s'agit d'une intoxication évoluant au niveau du foie. Il en résulte des perturbations nombreuses non seulement dans le fonctionnement de cet organe, mais encore dans son voisinage, ce qui expliquerait la douleur, le teint ictérique des lithiasiques et tous les symptômes bien connus de la colique hépatique.

La gravité de l'affection proviendrait non seulement du terrain sur lequel elle évolue (arthritisme, herpétisme etc.), mais encore des troubles résultants de phénomènes chimiques intéressant l'état général et dont le siège est dans le foie.

Abordant le traitement, Abaytua discute ceux qui ont été préconisés jusqu'à ce jour et recommande surtout ceux qui sont susceptibles d'entraver les fermentations intestinales et d empêcher l'infection hépatique.

Les symptômes douloureux sont combattus par les procédés accoutumés. V. Thébault.

THÉRAPEUTIQUE

Le Glycérophosphate de lithine chez les arthritiques neurasthéniques.

Tous les praticiens sont aujourd'hui d'accord sur l'action spécifique des sels de *Lithine* dans la goutte, la gravelle, les coliques néphrétiques. Aucun des médicaments nouveaux n'a donné des résultats aussi nets, aussi visibles que la *Lithine* dans le traitement des diverses affections consécutives à la diathèse arthritique.

A quel sel, chez les arthritiques neurasthéniques, et sous quelle forme, doit-on les prescrire ? Tel est le but de cette courte étude.

Avant l'introduction des sels de lithine dans la thérapeutique due à Liponitz, à Ure et, surtout à Garrod, on employait principalement les bicarbonates alcalins. Tous ces sels, en formant avec l'acide urique, en excès dans l'économie, un urate de soude ou de potasse plus soluble, entraînaient une quantité plus ou moins grande d'acide urique, mais déterminaient presque toujours une anémie ou cachexie particulière.

Or les arthritiques sont des malades par ralentissement de la nutrition. Ils ont nécessairement besoin de toniques, de reconstituants excitant au contraire la nutrition et activant les échanges physiologiques. L'introduction dans la thérapeutique moderne des glycérophosphates et des lécithines comme reconstituants du *système nerveux*, les magnifiques résultats qu'on en a obtenus, ont conduit la Maison *Le Perdriel* à étudier plus spécialement l'un des sels de lithine, le glycérophosphate, chez les arthritiques neurasthéniques, chez les rhumatisants affaiblis. Les inconvénients graves, aujourd'hui bien connus, du salicylate de soude, de tous les composés salicylés du reste, dissimulés sous des noms de fantaisie, pour échapper à la réprobation des médecins prudents, qui ne veulent pas exposer leurs malades aux néphrites, aux albuminuries, ces inconvénients, ces dangers, disons-nous, ne permettent pas l'emploi suffisamment prolongé des salicylates dans les diverses manifestations arthritiques.

Chez beaucoup de rhumatisants, goutteux, l'état névropathique nécessite une médication prolongée. Le Glycérophosphate de lithine effervescent de *Le Perdriel* a donné les résultats incontestables que sa composition faisait espérer.

En effet, la forme effervescente facilite, par l'acide carbonique naissant, l'assimilation et l'action des deux éléments composants. La Lithine agit sur la diathèse goutteuse ou rhumatismale par l'élimination constante de l'acide urique, par la dissolution des concrétions uriques et des urates insolubles de l'économie, et l'acide glycérophosphorique apporte le bénéfice certain de son action, de son influence tonique et reconstituante spéciale du *système nerveux*. Après quelques jours d'emploi, les malades, autrefois affaiblis ou déprimés, sont débarrassés des doulcur vives ; la force et l'activité reparaissant, ils voient leur état physique et moral s'améliorer rapidement. Toutes les fonctions vitales reprennent une énergie dont ils étaient privés. L'état habituellement fréquent de la constipation disparaît en peu de jours, grâce à la formation d'un peu de citro-tartrate de soude dans l'intestin.

On peut prescrire le glycérophosphate de *Lithine effervescent Le Perdriel* chez les diabétiques, chez qui, il est, du reste, particulièrement indiqué, car il ne contient pas de sucre.

En résumé, étant d'accord unanimement aujourd'hui sur l'action énergique et sûre des sels de Lithine chez tous les rhumatisants et goutteux, ordonner de préférence le glycérophosphate chez les nerveux, et les albuminuriques et chez les diabétiques, chez lesquels il est indiqué au même titre que le benzoate de Lithine et où il apporte ses propriétés toniques et réparatrices du *Système nerveux*.

Le prescrire à la dose de 2 à 4 mesures par 24 heures.

VARIA

Une œuvre de solidarité professionnelle le « Devoir Médical »

Si une initiative mérite d'être particulièrement encouragée et soutenue par la presse médicale, c'est bien celle qui a donné naissance au « *Devoir Médical* », œuvre de solidarité professionnelle fonctionnant sous les dispositions de la loi du 1er juillet 1901 et qui assure aux ayants droit de chacun de ses membres, au décès de celui-ci, un capital de 10.000 fr. environ, pouvant leur permettre de parer aux premières difficultés de la vie, alors que le chef de famille vient à faire défaut. L'organisation unique de cette Association mutuelle offre des avantages qui sautent aux yeux et que ne peut procurer aucune Compagnie d'assurances française ou étrangère et ceci se comprend très bien et sans peine, car toutes les fonctions de l'œuvre sont gratuites et elle n'a pas à distribuer de dividendes à des actionnaires. Une lecture attentive des articles 1, 3, et 9 notamment de ses statuts s'impose à l'attention de tous les médecins — et ils sont malheureusement légion — qui ne peuvent faire de gros sacrifices annuels en vue de l'avenir, mais désirent cependant faire œuvre de prévoyance. Ceux de nos lecteurs que cette question intéresse n'auront, du reste, qu'à s'adresser au Secrétaire général de l'œuvre, le docteur Peytoureau, 14, Cours de Tourny, à Bordeaux, pour tous renseignements utiles, ainsi que pour communication des statuts que nous avons le regret de ne pouvoir reproduire faute de place.

Ce qu'il est très important de remarquer, c'est que dans cette Mutuelle,de conception tout à fait nouvelle, le montant des cotisations au décès est mathématiquement basé d'après un barême ascendant, sur l'âge d'admission du Sociétaire : cette disposition assure une relativité de charges et une égalité d'avantages aussi *absolues que possible* entre les divers membres, quelque soit l'âge de leur admission et le nombre d'adhérents de chaque groupe. Il n'est, de plus, exigé à aucun moment de l'année de cotisation importante et les versements morcelés ne peuvent constituer une charge trop lourde pour aucun membre du Corps médical. Tout médecin, homme ou femme, de nationalité française, âgé de moins de 60 ans révolus au 1er janvier de l'année de son adhésion et résidant en Europe, en Algérie ou en Tunisie, peut être admis, sur sa demande appuyée de la production d'un certificat de santé. Peut être également admis tout médecin de nationalité étrangère exerçant en France, en Algérie ou en Tunisie. Les femmes de médecins peuvent également participer, aux mêmes conditions que leurs conjoints, au bénéfice de l'assurance.

Inauguration des thermes urbains.

Lundi 21 novembre, s'est ouvert, 15, rue Châteaubriand, et 2, rue Lord-Byron une maison de santé médicale identique à celle des maisons modernes de chirurgie où les praticiens et consultants placent eux-mêmes et soignent les malades de leur clientèle. Le médecin directeur de l'établissement, selon la demande des médecins traitants, visite les malades et leur communique les renseignements tirés de sa surveillance personnelle. Le médecin directeur, en cas de complication et seulement avant l'arrivée du médecin habituel, intervient pour secourir les malades. Les affections contagieuses mentales ou chirurgicales n'y sont point admises.

L'établissement est bien installé ; les chambres de malades sont très bien aménagées. Un jardin avec promenoir couvert de vitres et éclairé à l'électricité permet aux malades de s'y promener par tous les temps.

Les thermes urbains possèdent une installation spéciale pour la cure rationnelle par les eaux minérales en boissons. Une buvette est installée dans le jardin où les eaux, grâce à l'installation perfectionnée de plusieurs étuves sèches à chauffage continu, ramènent les eaux en bouteilles aux températures se rapprochant de celles des stations thermales.

L'installation d'hydrothérapie ne laisse rien à désirer. On y emploie l'eau de source pure, soit additionnée de sels extraits des eaux minérales et thermales pris directement aux compagnies fermières. A signaler les douches installées dans une salle dont les parois en opaline polie ne peuvent recevoir ni retenir de poussières. La piscine contient 2500 litres et permet des immersions à toutes températures. Un personnel exercé au massage ou à la gymnastique méthodique assure l'exécution des ordonnances, mais les médecins désireux de voir leurs malades traités par leurs masseurs n'ont qu'à prévenir la direction pour le choix des heures. Cet établissement, dirigé par le Dr Derecq, ne laisse rien à désirer au point de vue du confortable et l'idée d'avoir associé la cure rationnelle par les eaux minérales en boissons à la thérapeutique par les agents physiques ne peut que produire de bons résultats. Albin R.

Médecins et Sports.

Le 22 décembre prochain, à 9 heures du soir, aura lieu à la salle des Agriculteurs de France (8, rue d'Athènes) sous la présidence de M. le docteur Lucas-Championnière une soirée organisée par la société la « Boxe Française ». Cette soirée est spécialement réservée au corps médical.

M. le docteur Peugniez, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine d'Amiens, y fera la « Démonstration physiologique de la Boxe » sur sujet nu.

Messieurs les médecins et étudiants y seront admis sur présentation de leur carte personnelle.

Actes et thèses de la Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat.— *Mercredi, 21 décembre 1904*, à 1 heure. — *M. Cabessa* : Cellulites aberrantes dans la mastoïdite ; MM. Terrier, Kirmisson, Delens, Gosset, — *M. Florion* : Le genu recurvatum congénital, sa nature, son traitement ; MM. Terrier, Kirmisson, Delens, Gosset. — *M. Friedel* : Les études médicales dans les pays anglo-saxons ; MM. Brissaud, Roger, Teissier, Legry. — *M. Longeart* : Etude critique sur l'évolution des polynévrites (durée, terminaison, pronostic) ; MM. Brissaud, Roger, Teissier, Legry.— *M. Detot* : Etudes sur les érythèmes infectieux ; MM. Roger, Brissaud, Teissier, Legry.

Jeudi, 22 décembre 1904, à 1 heure.— *M. Froin* : Les hémorragies sous-arachoïdiennes et le mécanisme de l'hématolyse en général ; MM. Dieulafoy, Chantemesse, Gilbert, Vaquez. — *M. Joyon* : Des complications portant sur les voies biliaire dans la fièvre typhoïde ; MM. Chantemesse, Dieulafoy, Gilbert, Vaquez. — *M. Secheret* : Contribution à l'étude de la médication phosphorée. Etude thérapeutique et clinique de l'acide anhydro-oxyméthylène-diphosphorique ; MM. Gilbert, Dieulafoy, Chantemesse, Vaquez. — *M. Serre* : Epithélioma primitif et secondaire de l'oreille externe en général et de son traitement en particulier ; MM. Le Dentu, Raymond, Budin, Méry. — *M. Stettiner* : Contribution à l'étude clinique des paroxysmes psychiques épileptiques chez les enfants ; MM. Raymond, Le Dentu, Budin, Méry. — *M. Godron* : Mort subite chez les enfants syphilitiques ; MM. Budin, Le Dentu, Raymond, Méry. — *M. Lambert* : Contribution à l'étude de la notencéphalie spécialement dans ses rapports avec l'obstétrique : MM. Budin, Le Dentu, Raymond, Méry. — *M. Nicoloff* : Etude clinique et expérimentale de la péritonite tuberculeuse et son traitement chirurgical ; MM. Berger, Pozzi, Faure, Bezançon. — *M. Dupeyroux* : Le baron Dominique Larrey ; MM. Berger, Pozzi, Faure, Bezançon. — *M. Laurent* : Sur le traitement des abcès ganglionnaires tuberculeux par les injections d'eau phéniquée ; MM. Berger, Pozzi, Faure, Bezançon.

Examens de doctorat. — *Lundi, 19 décembre 1904*. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série) : MM. Kirmisson, Delens, Pierre Duval. — 5e (Chirurgie, 1e partie, 2e série) : MM. Reclus, Legueu, Proust. — 5e (2e partie, 1re série) : MM. Landouzy, Roger, Claude. — 5e (2e partie, 2e série) : MM. Brissaud, Legry, Balthazard.

Mardi, 20 décembre 1904. — 3e (1re partie, Oral) : MM. Budin, Launois, Auvray.— 3e (2e partie, Oral) : MM. Hutinel, Renon, Guiart. — 4e : MM. Chantemesse, Dupré, Richaud. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série) : MM. Le Dentu, De Lapersonne, Faure. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série) : MM. Berger, Schwartz, Morestin. — 5e (2e partie) : MM. Joffroy, Thiroloix, Carnot.

Mercredi, 21 décembre 1904. — 2e : MM. Gautier, Ch. Richet, Retterer. — 4e : MM Pouchet, Déjerine, Desgrez. — 5e (Chirurgie, 1re partie) : MM. Reclus, Broca (Aug.), Mauclaire. — 5e (Obstétrique, 1re partie) : MM. Pinard, Lepage, Potocki.

Jeudi, 22 décembre 1904.— Médecine opératoire : MM. De Lapersonne, Schwartz, Auvray. — 3e (2e partie) : MM. Joffroy, Guiart, Maillard. — 2e : MM. Pouchet, Launois, Langlois. — 3e (1re partie, 2e série, Oral) : MM Guyon, Thiéry, Demelin. — 3e (1re partie, 2e série, Oral) : MM. Poirier, Hartmann, Brindeau.

Vendredi, 23 décembre 1904. — 3e (2e partie) : MM. Blanchard, Desgrez, Labbé (Marcel).— 2e : MM. Gariel, Gley, Branca. — 4e : MM. Hayem, Gaucher, Macaigne. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série) : MM. Terrier, Legueu, Gosset. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série) : MM. Kirmisson, Cunéo, Pierre Duval.— 5e (Obstétrique, 1re partie) : MM. Pinard, Lepage, Wallich.

Samedi, 24 décembre 1904. — 1er (Oral) : MM. Poirier, Launois, Auvray. — 4e : MM. Gilbert, G. Ballet, Langlois. — 5e (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Thiroloix, Renon. — 5e (2e partie, 2e série) : MM. Raymond, Dupré, Gouget. — 5e (2e partie, 3e série) : MM. Achard, Jeanselme, Bezançon. — 5e (Obstétrique, 1re partie) : MM. Budin, Demelin, Brindeau.

Clinique Baudelocque. *Accouchements et Gynécologie*, service de M. le Professeur Pinard. — Les cours pratiques suivants auront lieu à la Clinique Baudelocque, 125, boulevard Port-Royal, savoir : 1° *Accouchements*. Premier cours : Cours pratique d'accouchements avec manœuvres opératoires, par M. le Dr Funck-Brentano et M. le Dr Delestre, anciens chefs de clinique. Ce cours commencera le lundi 19 décembre 1904, à 9 heures du matin. Il sera complet en un mois et aura lieu tous les jours, à la même heure, à la Clinique Baudelocque. — Deuxième cours : Cours pratique d'accouchements avec manœuvres opératoires, par M. le Dr Bouffe de Saint-Blaise, accoucheur des hôpitaux, et M. le Dr Paquy, ancien chef de clinique. Ce cours commencera le lundi 23 janvier 1905, à 9 heures du matin. Il sera

complet en un mois et aura lieu tous les jours, à la Clinique Baudelocque.

2° *Gynécologie*. Cours clinique et pratique de gynécologie, par M. le Dr Potocki, agrégé, accoucheur des hôpitaux, assisté du Dr Le Masson. Ce cours commencera à la Clinique Baudelocque le lundi 9 janvier 1905, à 10 heures du matin, et aura lieu les jours suivants à la même heure. Il sera complet en 18 leçons. Le nombre des élèves est limité à douze. Si les inscriptions dépassaient ce chiffre, il y aurait un cours supplémentaire. — Le droit à verser est de 50 francs pour chaque cours. Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement des droits. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation. Les bulletins de versement relatifs aux cours seront délivrés, au secrétariat de la Facutté, les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

FORMULES

XXIX. — Contre le diabète avec glycosurie abondante sans troubles digestifs.

Arséniate de soude	un milligr.
Codéine	un demi-milligr.

pour 1 pilule.

Une pilule avant chaque repas; augmenter tous les 2 jours d'une pilule jusqu'à 3 avant déjeuner et 2 avant dîner. Continuer durant une ou deux semaines.

(Huchard et Fiessinger.)

XXX. — Contre la diphtérie.

Teinture de myrrhe	āā 8 gr.
Glycérine	
Eau distillée	200 gr.

Toutes les heures durant le jour, toutes les 2 heures durant la nuit, une cuillerée à café chez les jeunes enfants, une cuillerée à dessert chez les enfants jusqu'à 15 ans et une cuillerée à soupe chez les adultes. (Strœll.)

XXXI. — Contre le spasme de la glotte des enfants.

Bromure de potassium	1 gr.
Eau de fleur d'oranger	20 gr.
Eau de tilleul	40 gr.

deux à trois cuillerées à café de la potion. (Méry.)

MÉDECINE PRATIQUE

L'hélénine et ses applications thérapeutiques.

L'hélénine, corps solide cristallisé en prismes quadrangulaires incolores, insoluble dans l'alcool chaud, l'éther, les essences, le kérosolène, donne des résultats thérapeutiques remarquables bien mis en lumière par le Dr de Korab dans diverses communications, notamment à la Société de Biologie et à l'Académie des Sciences. Elle calme la toux, tarit l'expectoration, facilite la respiration, est douée d'un véritable pouvoir bactéricide. Elle a, en outre, une action préventive et curative sur l'hémoptisie, excite l'appétit, facilite la digestion. C'est, en somme, le médicament de choix des bronchites chroniques et de la tuberculose pulmonaire. On la prescrit sous la forme de *globules d'hélénine du Dr de Korab* à la dose de 3 à 6 par jour.

Asiles d'Aliénés. — M. le Dr Trénel, médecin adjoint de la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher) est nommé directeur-médecin de l'Asile des aliénés de Moisselles (Seine-et-Oise).

Enfants Assistés. — M. le Dr Garin a été nommé médecin du service des Enfants-Assistés de la Seine à Saint-Amand-les-Eaux (Nord) en remplacement de M. le docteur Fouquet.

Asile des aliénés de Sante-Catherine de Moulins. *Vacance d'Interne.* — Minimum de scolarité : 12 inscriptions de doctorat ; avantages : 800 francs, logement, nourriture, chauffage, éclairage, blanchissage. (Adresser les demandes à M. le Dr Gilbert Petit, directeur, médecin en chef.)

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 27 novembre au samedi 3 décembre 1904, les naissances ont été au nombre de 931, se décomposant ainsi : légitimes 495, illégitimes 456.

Mortalité a Paris. — Population d'aprés le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 957, savoir : 491 hommes et 466 femmes. Les déces sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 4. — Typhus exanthematique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 0. — Rougeole : 2. — Scarlatine : 2. — Coqueluche : 1. — Diphtérie et Croup : 4. — Grippe : 1. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 3. — Tuberculose des poumons : 202. — Tuberculose des méninges : 20. — Autres tuberculoses : 12. — Cancer et autres tumeurs malignes : 56. — Méningite simple : 21. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 74. — Maladies organiques du cœur : 63. — Bronchite aigue 15. — Bronchite chronique : 24. — Pneumonie : 34. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 99. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 2. — Diarrhee et enterite de 0 à 1 an : sein : 5 ; autre alimentation : 22. — Diarrhee et enterite de 1 à 2 ans : 0. — Hernies, obstruction intestinale : 6. — Cirrhose du foie : 15. — Nephrite et mal de Bright : 26. — Tumeurs non cancereuses et autres maladies des organes genitaux (femmes) : 3. — Septicémie puerperale (fievre, peritonite, phlébite puerperale) : 5. — Autres accidents puerperaux de la grossesse et de l'accouchement : 3. — Débilite congenitale et vices de conformation . 30. — Debilite senile . 41. — Morts violentes : 28. — Suicides : 11. — Autres maladies : 118. — Maladies inconnues ou mal définies : 16.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 70, qui se décomposent ainsi : légitimes 55, illégitimes 15.

Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris. — Le bureau de la Société est ainsi constitué pour l'année 1905 : *Président* : Dr Jean Mallet ; *Vice-président* : Drs Bon et Henri Gourichon ; *Secrétaire général* : Dr Billon ; *Trésorier* : Dr Chaumont ; *Archiviste* : Dr Yvon ; *Secrétaire des séances* : Drs Labady et Bacaresse ; *Conseil de famille* : Drs Noir, G. Weil et Tournier. — Le banquet de la Société aura lieu le mardi 20 décembre.

Doyens de facultés. — Le Dr Debove est renommé pour trois ans doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Le Dr Gross, professeur de clinique chirurgicale, est nommé doyen de la Faculté de médecine de Nancy.

Clinicat. — Le Dr Griffon est nommé chef adjoint du laboratoire de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes. — Un concours s'ouvrira le 25 mai 1905 devant l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, pour un emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon. — M. Planchu, docteur en médecine, est chargé jusqu'à la fin de l'année scolaire 1904-1905 des fonctions d'agrégé (accouchements).

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse. — M. Baylac, agrégé, est nommé en outre pour l'année scolaire 1904-1905 chef des travaux pratiques de chimie (laboratoire des cliniques).

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble. — M. Picaud, licencié ès sciences naturelles, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

Hospice Raspail. — L'hospice F.-V. Raspail, fondé par M. Benjamin Raspail à Arcueil-Cachan (Seine) a été ouvert le 1er décembre 1903.

Peuvent y être admis les vieillards valides de deux sexes, nés dans le département de la Seine, habitant actuellement les cantons suburbains et ayant leur casier judiciaire en blanc. Les hommes doivent être âgés de 65 ans et les femmes de 60 ans. L'admission à l'hospice est prononcée par le Préfet de la Seine, sur l'avis de la Commission de surveillance et après que la validité du candidat a été constatée par le médecin de la fondation.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie MASSON.
120, boulevard Saint-Germain.

CINQUANTENAIRE de la Société d'Hydrologie médicale de Paris. In-8° de 70 pages.

LAUNOIS et P. ROY. — Etudes biologiques sur les géants. 1 vol. In-8° de 462 pages.

Librairie Henri JOUVE.
15, rue Racine.

BOYER (Louis). — Y a-t-il une pelade d'origine helminthique. In-8° de 60 pages. Thèse de Paris.

Librairie Félix ALCAN.
108, boulevard Saint-Germain.

BOURGEOIS (Georges). — Exode rural et tuberculose. 1 vol. In-8° de 125 pages. Prix.............................. 5 fr.

Librairie MALOINE.
25-27, Place de l'Ecole-de-Médecine.

MIQUEL-DALTON. — Les médecins et l'histoire de la Révolution. 1 vol. In-8° de 114 pages.

Librairie J. ROUSSET
12, rue Monsieur-le-Prince

DEBOND (Paul). — Etude du narcyl et de ses effets cliniques. 1 vol. In-8° de 81 pages, avec 9 planches hors texte. Thèse de Paris.

Librairie G. STEINHEL
2, rue Casimir-Delavigne.

POULAIN (A.). — Précis élémentaire d'anatomie pathologique. 1 vol. In-8° de 368 pages. Prix........................ 5 fr.

NATIER (Marcel). — Quatre cas de surdité déjà anciennes traités sans succès à plusieurs reprises. In-8° de 32 pages. *Bullet. et mém. de la société de médec. et chirurg. pratiques de Paris.*

POITEAU (Alphonse). — Etude sur l'actinomycose de la région mammaire et du sein. In-8° de 134 pages. Imp. Vandroth-Fauconnier, à Lille.

GRASSET (J.). — Plan d'une physiopathologie clinique des centres psychiques. 1 vol. In-8° de 185 pages. Imp. Delord-Boehm, à Montpellier.

JANICOT (L. et C.). — Méthode de lecture basée sur l'articulation, la décomposition et l'enroulement des éléments du langage (Livre du maître). 1 vol., In-18 cart. de 48 pages. Imp. Gainche, Paris.

JANICOT (J. et C.). — Méthode de lecture basée sur l'articulation, la décomposition et l'enroulement des éléments du langage (Livre de l'élève). 1 vol. In-18 cart. de 104 pages. Imp. Gainche, Paris.

EDEBOHLS (George). — The Surgical treatment of Brights diseases. 1 vol. In-8° de 328 pages. Lisiecki. New-York.

Forhandlingar vid finska lakäresällskapets nittonde allmänna möte. 1 vol. In-8° de 218 pages. Helsingfors. 1904.

HEINRICH FRITSCH. — Geburtshilfe eine Efnührung in die xprais. 1 vol. In-8° de 468 pages. S. Hirzel, Leipzig.

Verhandlungen des vereins für innere medizin in Berlin. Tome XXIII, 1903-1904. 1 vol. In-8° de 456 pages.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES, CLERMONT (OISE).
Maison speciale pour publications périodiques médicales.

33e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XX. N° 52. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 24 DÉCEMBRE 1904

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Sur un cas d'occlusion intestinale d'origine hystérique ;

Par le Dr **Ménélas SAKORRAPHOS**
Agrégé à la Faculté de Médecine d'Athènes
Médecin à la Policlinique.

Il y a quelques mois, une jeune fille se présenta dans mon bureau et me raconta ce qui suit :

Son père est mort à l'âge de 55 ans depuis plusieurs années, à la suite d'un cancer de l'estomac. Sa mère, qui l'accompagnait, était bien portante, âgée de 17 ans, elle n'a ni frères ni sœurs ; une de ses tantes était nerveuse et sujette aux lipothymies. La jeune fille était toujours bien portante et, sauf la rougeole et la scarlatine qu'elle a eues dans son enfance, elle n'a jamais eu d'autre maladie. Elle a été réglée à l'âge de 14 ans et continue à l'être.

Il y a deux ans que, sans aucune cause appréciable, elle a été prise par des douleurs au ventre, qui, d'abord intermittentes finirent par devenir continues, en s'irradiant vers tout le ventre qui dernièrement commençait à se gonfler. A ce moment, la malade criait et des grosses larmes coulaient de ses yeux. Elle se roulait dans son lit et cherchait par les positions les plus variées à calmer sa souffrance. Le corps se couvrait de sueurs, des vomissements bilieux survenaient et quelquefois, selon la mère, ces vomissements avaient une odeur repoussante, fécaloïde. Cet état durait de 24 à 48 heures. Après quoi les douleurs cessaient subitement et la malade redevenait bien portante. Les paroxysmes survenaient dans la première année tous les deux mois environ.

Au cours de sa seconde année, elle se fiança et, à ce que la mère me dit les accès devinrent plus fréquents en se renouvelant tous les 15-20 jours. Depuis cette époque on a remarqué, toutes les fois que la malade s'émotionnait les accès survenaient. Par suite de la fréquence de ces accès l'état général, qui jadis était bon, se troubla, et la situation, qui au commencement était très satisfaisante, se modifia et la jeune fille devint sombre et mélancolique. C'est à cette époque que j'ai vu la malade pour la première fois.

Comme les accès survenaient fréquemment, j'ai fait prévenir la mère que je désirerais voir la fille en plein accès douloureux, ce qui est arrivé peu de jours après ma première visite. J'avais constaté un énorme météorisme du ventre qui était en même temps très douloureux en toute sa surface sans qu'il exista un point douloureux. Ces douleurs, comme nous venons de le dire, n'étaient pas continues au commencement mais intermittentes et en plein accès le ventre devenait dur comme du bois, tandis que les anses intestinales se contractaient surtout du côté droit, où elles formaient une tumeur dure qui s'effaçait dès que les douleurs diminuaient d'intensité. La malade poussait des cris ; elle se tordait dans son lit et avait envie de vomir ; elle vomissait enfin, au commencement de la bile et bientôt les vomissements avaient une odeur fécaloïde. On pouvait distinguer très bien de petites matières fécales. Après ces vomissements, l'accès ne se terminait pas, quoique un certain soulagement survint. La mère de la malade s'était très bien aperçue que, dans tous les accès précédents après le premier vomissement fécaloïde, quoiqu'il survenait un soulagement celui-ci n'était que momentané. Les douleurs recommençaient, et il fallait encore qu'elle vomit pour y mettre un terme. C'est ce qui arrivait. L'accès recommença, les douleurs devinrent vives, des vomissements arrivèrent d'abord bilieux et, une heure après les vomissements fécaloïdes mirent un terme à l'accès. La malade dormit pendant quelques heures, puis se réveilla bien portante. Pendant cet orageux tableau clinique, le pouls était normal et la température médiocrement élevée (38°).

Devant cet état j'étais très embarrassé pour porter un diagnostic. Ni par les commémoratifs, ni par l'examen de la malade je n'ai pu trouver rien qui eût pu me guider sur la nature de l'accès. Le tableau clinique de l'occlusion intestinale de nature autre que l'hystérie me vint d'abord à l'esprit, si ce n'est le pouls qui dans ce cas était normal.

Le facies de la malade n'avait pas le type du facies abdominal. Les accès précédents, selon le témoignage de la mère, étaient les mêmes. Donc je repoussais de ce diagnostic. Les coliques hépatiques ou rénales, ont toujours une autre allure. Après avoir examiné les

urines, qui étaient normales, je me rendis le lendemain chez la malade que je trouvais tout à fait bien portante. Je l'ai soumise à un examen minutieux et j'ai pu déceler une légère diminution de la sensibilité à la région temporale gauche, un rétrécissement du champ visuel, et légère douleur ovarienne.

Elle n'a jamais eu d'attaques hystériques et son état mental ne présentait pas ces bizarreries qu'on observe chez la plupart des hystériques.

Le traitement que nous avons suivi (douches à légère pression à température modérée, médication anti-nerveuse, etc.) a été suivi de succès parce que voilà déjà plus de 8 mois que la malade n'a pas eu de nouvel accès.

Il s'agit donc ici d'un cas d'iléus spasmodique d'origine hystérique, qui a été surtout vérifié par le traitement. Plusieurs observateurs, comme Riquet, Jaccoud, Rosenheim, Dieulafoy, etc., etc., ont vu cet état, mais d'autres, vu l'extrême rareté, voulaient le rejeter du cadre nosologique. L'exemple que nous citons plus haut plaide en faveur de ce complexus morbide. L'hystérie peu très bien simuler l'occlusion intestinale comme elle simule d'autres maladies.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Complications et traitement de la blennorrhagie chez l'homme (1) ;

Par le Dr René **LE FUR**,

Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Je n'aurai en vue dans cette communication que les complications et le traitement de la blennorrhagie chez l'homme ; mais avant d'entrer dans mon sujet, je tiens à dire ici mon étonnement d'avoir entendu M. Verchère affirmer que, sur le nombre considérable de femmes blennorrhagiques qu'il a eu à examiner, il n'a jamais rencontré un seul *rétrécissement de l'urèthre* ; bien que mon champ d'observation soit beaucoup plus restreint que celui de M. Verchère, j'ai eu l'occasion d'en observer deux cas, dont l'un très caractéristique chez une jeune femme atteinte en même temps de cystite secondaire à son rétrécissement, et que j'ai eu beaucoup de peine à guérir, car il s'accompagnait en même temps de sclérose péri-uréthrale.

Dans le service de mon maître, M. le Pr Guyon, il m'a été donné aussi d'en observer d'autres cas à la consultation de la Terrasse ; M. Pasteau a d'ailleurs publié sur ce sujet un travail intéressant.

Sans vouloir suivre point par point les rapports remarquables et très documentés de MM. Minet et Aversenq, je voudrais donner mon opinion sur quelques complications de la blennorrhagie que j'ai eu l'occasion d'étudier particulièrement.

Il importe d'abord d'attirer l'attention sur la fréquence et l'importance des *folliculites* et *perifolliculites* consécutives à la blennorrhagie. Sans vouloir insister sur ces urèthres blennorrhagiques caractéristiques, dont la palpation révèle le grand nombre des follicules en donnant au doigt la sensation de semis de grains de plomb, il faut savoir que lorsque ces folliculites donnent naissance à des *abcès peri-uréthraux*, ouverts à la peau spontanément, ou grâce au bistouri, il est inutile de s'attarder à la méthode classique des lavages de l'urèthre ; dès que l'on a désinfecté le canal pendant quelques jours par des lavages faibles au permanganate, et obtenu ainsi une diminution des phénomènes inflammatoires; il faut tenter la dilatation, quand bien même le gonocoque n'aurait pas encore complètement disparu des sécrétions uréthrales, ces abcès s'accompagnant en effet d'épaississement de la muqueuse et de sclérose péri-uréthrale qui constituent un obstacle à la pénétration efficace des liquides de lavage, et à l'écoulement du pus uréthral : ce sont en outre de vrais repères microbiens.

(1) Ce mémoire a été lu le 26 novembre 1904 à la réunion plénière des trois sociétés médicales (Soc. de méd. de Paris, Soc. médico-chirurg. et Soc. de méd. et chir. prat.)

Autrefois nous attendions que les lavages aient amené la disparition du gonocoque et nous étions obligés d'attendre très longtemps, heureux encore quand nous n'avions pas un échec définitif ; maintenant nous employons toujours la dilatation et le lavage associés, avec les dilatateurs de Kollmann-Franck, comme nous le dirons plus loin.

Insistons aussi sur l'importance des *abcès et fistules du frein* dans le cours de la blennorrhagie, qui sont une cause constante de réinoculation ; il faut savoir les dépister et diriger contre eux un traitement énergique, nous employons les cautérisations de toute la surface de la fistule, soit avec une solution forte de permanganate à 1 ou 2 % ou au nitrate à 5 % soit plutôt avec la pointe du galvano-cautère.

Un seul *abcès d'origine lymphatique* que nous avons eu l'occasion d'observer nous semble offrir de l'intérêt. Au cours d'une blennorrhagie et à la suite d'un lavage, chez un malade dont la muqueuse urétrale était d'ailleurs assez lâche et friable, nous avons constaté une petite tuméfaction de la grosseur d'une noisette située exactement à la racine de la verge, sur le milieu de la face dorsale. Nos applications permanentes de compresses très chaudes permirent d'en obtenir la résolution sans incision. Il s'agissait sans doute dans ce cas de l'inflammation soit d'un ganglion anormal, soit du point de croisement des deux lymphatiques profonds de la verge — soit d'un enchevêtrement de nombreux lymphatiques.

Nous ne dirons qu'un mot des *cowpérites* ; nous ne sommes pas de l'avis du rapporteur quand il dit que la cowpérite simple tend spontanément à la guérison ; la cowpérite simple chronique est, au contraire, croyons-nous, une des complications les plus rebelles de la blennorrhagie ; plus encore que la prostatite chronique, elle tend à s'éterniser ; son diagnostic avec la prostatite chronique est excessivement difficile, et le plus souvent, à notre avis, on les confond l'une avec l'autre; ces deux affections ont d'ailleurs la même évolution et présentent des périodes de rétention glandulaire caractérisées par la diminution ou la suppression de l'écoulement purulent, l'existence de pesanteurs et d'une grosseur périnéale latérale, et des périodes d'évacuation purulente correspondant à la disparition de la tumeur périnéale et dues à la désobstruction du canal ou de l'orifice glandulaires. Ces alternatives et la difficulté d'obtenir la guérison sont dues à la longueur considérable du canal excréteur (3 à 4 cm.) ; le diagnostic se fera surtout par le traitement local et l'examen microscopique des sécrétions uréthrales. Le traitement comprend le massage de la glande, les hautes dilatations avec lavages concomitants ou instillations, et dans les cas absolument rebelles, l'incision avec drainage.

Comme la *prostatite* constitue, à notre avis, une des complications les plus fréquentes, les plus graves et les plus rebelles de la blennorrhagie, nous y insisterons un peu plus longuement, priant cependant nos confrères de vouloir bien se reporter, pour les détails, aux nombreux travaux que nous avons déjà publiés sur ce sujet (1). Rappelons seulement les conclusions que nous formulions il y a deux ans déjà à l'Association française d'Urologie :

« 1° C'est la prostatite chronique qui explique et entretient indéfiniment ces uréthrites rebelles, gouttes militaires, etc. ; pour les faire disparaître, il faut soigner et guérir la prostatite.

« 2° La prostatite chronique de l'adulte, qu'elle soit primitive ou post-blennorrhagique, négligée et méconnue pendant de longues années, finit par conduire à l'affection désignée cliniquement sous le nom d'hypertrophie de la prostate, qui devrait plutôt être dénommée prostatite sénile, et qui n'est

(1) R. Le Fur. — Des prostatites chroniques et de leur traitement, *Assoc. franç. d'Urologie*, 1902.— Des prostatites chroniques simulant l'hypertrophie de la prostate, *Assoc. franç. d'Urologie*, Paris, 1903. — Des prostatiques jeunes, *Soc. de Médecine de Paris* et *Progrès Medical*, n° 19, 7 mai 1904.

que l'aboutissant de la prostatite chronique prolongée de l'adulte. »

Ces conclusions, nous les maintenons plus formellement que jamais, et bien qu'elles aient été très attaquées au début, nous avons la satisfaction de voir qu'on les accepte actuellement de plus en plus.

A notre avis, la *prostatite chronique*, par sa fréquence, par sa persistance, par la difficulté de sa guérison, par ses conséquences éloignées très graves surtout, est une des complications les plus sérieuses de la blennorrhagie, une de celles qui assombrissent le plus son pronostic.

Nous ne reviendrons pas ici sur les moyens à employer pour poser le diagnostic de prostatite chronique (massage, examen histologique et bactériologique des sécrétions prostatiques, et du liquide recueilli après massage de la glande) ni sur son traitement que nous avons exposé en détail dans les publications citées plus haut.

Contentons-nous de dire que nous ne pouvons accepter une des affirmations du rapport de M. Minet : « Cependant, même alors (après lavage des deux urèthres), rien ne prouve que le massage de la prostate n'amène pas également l'évacuation des glandes uréthrales ; aussi n'existe-t-il pas de méthode absolument sûre pour isoler les sécrétions prostatiques. » Nous croyons au contraire pouvoir affirmer qu'après lavage des deux urèthres soit à la solution de nitrate d'argent à 1/4000 (méthode de Gassmann), soit, comme nous le conseillons plutôt, avec une solution d'oxycyanure de mercure ou d'aniodol à 1/4000, les secrétions recueillies après massage de la prostate proviennent bien de cette glande, et non de l'urèthre antérieur. Quant à l'objection qui consiste à dire que les sécrétions peuvent provenir de l'urèthre postérieur, nous n'y attachons aucune importance, car nous estimons que toutes les fois qu'il y a de l'uréthrite postérieure, il existe aussi un certain degré de prostatite concomitante ; l'une ne va jamais sans l'autre.

En pratique, nous allons même plus loin, et nous nous rallions à l'avis de Neisser, quand il affirme que, dans la généralité des cas, le malade, quand il urine largement après avoir conservé dans la vessie une notable quantité d'urine, lave complètement son urèthre antérieur, et le débarrasse ainsi du pus et des microbes qu'il contient ; tous les éléments qu'on recueille donc après massage de la prostate proviennent bien alors de cette glande.

Nous employons, en effet, ordinairement ce procédé, qui est plus expéditif, réservant celui des grands lavages des deux urèthres aux cas où la suppuration de l'urèthre antérieur est très abondante.

Enfin, pour terminer ce chapitre de la prostatite chronique, relevons encore une autre phrase du rapporteur : « La prostatorrhée vraie, qui peut exister dans les cas de prostatite chronique, n'est pas signe exclusif de prostatite. » Nous avons déjà combattu cette manière de voir dans nos publications antérieures, nous efforçant de montrer que la *prostatorrhée*, caractérisée par l'*augmentation anormale de la sécrétion prostatique en quantité ou en qualité* est toujours d'*origine pathologique* et indique toujours une lésion glandulaire de l'épithélium; il y a des *prostatorrhées infectées*, correspondant aux prostatites infectées, et dans lesquelles on retrouve, mélangés aux éléments de sécrétion prostatique, des globules de pus et parfois des microbes ; il y a des *prostatorrhées aseptiques* dans le liquide desquelles on ne retrouve ni pus, ni microbes, mais seulement des modifications, en quantité (hypersécrétion glandulaire, ou en qualité (modifications chimiques) de la sécrétion glandulaire ; les lésions de la glande, ordinairement limitées à l'épithélium, correspondant à la prostatorrhée aseptique, méritent le nom de *prostatites aseptiques*, c'est ainsi que nous les avons appelées, par comparaison avec les uréthrites aseptiques, les hydronéphroses aseptiques. Et, en passant, nous nous en voudrions de ne pas souligner la ressemblance frappante au point de vue pathogénique, toutes proportions gardées naturellement, entre les rétentions rénales aseptiques d'origine calculeuse, par exemple, et les rétentions glandulaires aseptiques que l'on observe du côté de la prostate ; les calculs rénaux assimilables aux concrétions prostatiques ; dilatations partielles des calices comparables aux dilatations des acini prostatiques ; évacuations intermittentes des produits de secrétion. tout est superposable, jusqu'aux déviations de l'urèthre entraînées par l'augmentation de volume de la prostate, et comparables aux coudures de l'uretère, jusqu'à l'évolution lente et progressive terminée plus ou moins fatalement par l'infection des territoires obstrués.

Les *abcès de la prostate* sont fréquents au cours des prostatites aiguës ou chroniques d'origine blennorrhagique. Ils peuvent guérir spontanément si leur ouverture dans l'urèthre ou le rectum permet à l'abcès de se vider facilement ; sinon ils récidivent avec une désolante fréquence, sont très rebelles au traitement conservateur, et nécessitent alors l'incision de la prostate.

Les *spermatocystites et déférentites* sont presque toujours les compagnes de la prostatite, soit dans sa forme aiguë, soit dans sa forme chronique. Elles sont presque toujours confondues avec elle ; c'est dire leur fréquence et leur résistance au traitement, surtout dans la forme chronique. Elles sont d'ailleurs beaucoup moins abordables directement par l'urèthre que la prostate ; le liquide des lavages et instillations a beaucoup moins de chances de pénétrer par l'orifice ordinairement étroit et bouché de l'orifice des canaux éjaculateurs ; le massage et l'électrisation par le rectum leur conviennent particulièrement.

Nous tenons à insister sur un cas intéressant que nous avons observé de vésiculite et déférentite subaiguë au cours d'une épididymite blennorrhagique intense ; la tumeur formée par la vésicule et la portion ampullaire du canal déférent correspondant était énorme, faisait une saillie considérable dans le rectum, remontait très haut et occupait une partie de la cavité pelvienne.

Elle était survenue et avait augmenté si brusquement qu'un des médecins traitants avait pensé à un hématome du cul-de-sac de Douglas. Brusquement, la collection vésiculaire s'évacua par l'urèthre au moment où nous nous préparions à l'inciser. L'épididymite, qui était énorme, diminua alors très rapidement.

Parmi les *épididymites* blennorrhagiques, nous ne nous occuperons ici que de celles qui revêtent une allure très aiguë avec symptômes graves (hyperthermie, douleurs intenses du côté des bourses et surtout de l'abdomen, quelquefois phénomènes péritonéaux).

Nous croyons que, dans ces cas, il y a toujours vésiculite et déférentite concomitante. On peut suivre le canal déférent le long de son trajet pelvien, sous forme d'un cordon cylindrique, parfois d'un véritable boudin. Il y a toujours prostatite concomitante. La marche suit une progression ascendante tant que l'orifice du canal éjaculateur correspondant reste bouché, et que les sécrétions purulentes s'accumulent dans le canal déférent et la vésicule. Dès que la désobstruction survient, permettant l'évacuation, on constate une diminution rapide de la vésiculite, de la déférentite et de l'épididymite. Les récidives sont dues à une réobstruction du conduit éjaculateur ou de son orifice. Nous attribuons donc dans la pathogénie et la marche de l'épididymite une grande importance à la perméabilité des voies spermatiques, périprostatiques (conduit éjaculateur, vésicule séminale). Peut-être même, les simples variations physiologiques du sphincter musculaire entourant l'orifice du conduit éjaculateur au niveau de l'urèthre (béance, dilatation, parésie) seraient-elles suffisantes à expliquer les épididymites survenant à la suite de lavages de l'urèthre, d'instillations, d'efforts même.

Il faut savoir que, dans certains cas spéciaux, l'apparition d'une épididymite joue un rôle favorable sur le cours de la maladie ; dans deux de nos cas, par exemple, où, malgré une série prolongée de lavages de l'urèthre, une suppuration abondante provenant d'une prostatite et d'une vésiculite blennorrhagiques réinfectait constamment le canal atteint de rétrécissement à la suite d'abcès périuréthal, et troublait uniformément les urines, nous tentâmes la dilatation qui provoqua une violente épididymite. A partir de ce moment, l'écoulement uréthral s'arrêta complètement ; les urines devinrent claires, ce qui prouvait que le pus provenait de la prostate ou de la vésicule, et non pas de la vessie ; les lésions du canal s'améliorèrent notablement; et aussitôt après une ou deux

évacuations purulentes de la prostate et de la vésicule provoquées par le massage, l'épididymite rétrocéda rapidement ; l'on put procéder à la dilatation uréthrale, et la blennorrhagie, qui traînait depuis plus de deux mois, s'accompagnant d'urines troubles renfermant du gonocoque en abondance, était complètement guérie 15 jours après l'apparition de l'épididymite.

Ces deux observations nous montrent aussi combien l'on confond facilement l'uréthro-prostatite avec la *cystite blennorrhagique* ; les deux malades précédents nous avaient été envoyés, en effet, avec le diagnostic de cystite blennorrhagique parce qu'ils avaient des mictions fréquentes et douloureuses, et des urines uniformément troubles renfermant beaucoup de pus ; tous ces symptômes appartiennent aussi bien à la prostatite ou vésiculite avec foyer ouvert dans l'urèthre postérieur. Nous croyons même que l'uréthro-prostatite blennorrhagique est beaucoup plus fréquente que la cystite blennorrhagique avec laquelle elle est souvent confondue ; le vrai moyen de diagnostic est fourni par le toucher rectal qui, dans le cas de prostatite, indique une douleur vive au niveau d'un ou des deux lobes de la prostate.

Enfin, pour terminer ce chapitre des complications de la blennorrhagie, signalons une observation très rare et très intéressante de *pyélite avec pyonéphrose gonococcique* que nous venons de communiquer à l'Association française d'Urologie.

Il s'agissait d'un jeune homme de 28 ans, qui, depuis l'âge de 8 ans, présentait des crises de rétention rénale du côté droit prises pour des coliques néphrétiques, et qui, à la suite d'une blennorrhagie traitée médicalement par les balsamiques, présenta, sans que la vessie soit infectée, une crise de pyonéphrose, à la suite de laquelle les urines charrièrent du pus en abondance, contenant du gonocoque.

Un an après, à la suite d'une poussée très grave de pyonéphrose, j'opérai le malade, et trouvant un rein de la grosseur d'une tête d'adulte complètement dégénéré et distendu par de nombreuses poches purulentes, je fis la néphrectomie. Le pus provenant du rein renfermait du gonocoque. La guérison survint rapidement.

Nous avons tenu à citer cette observation, car en dehors des cas bien connus d'albuminurie consécutifs à la blennorragie, nous ne connaissons que le cas publié par Bochkardt où l'autopsie permit de retrouver le gonocoque dans la poche rénale purulente.

Telles sont les différentes complications de la blennorragie à propos desquelles nous désirions insister sur certains points. Nous ne saurions assez faire remarquer l'importance, pour la localisation de ces complications, des lésions anciennes : que ce soit au niveau de l'urèthre antérieur, des rétrécissements, des abcès péri-uréthraux ; au niveau de la prostate, des prostatites, avec ou sans spermatocystites, et surtout des abcès de la prostate ; au niveau de la vessie, une cystite ancienne ; au niveau du rein, une rétention rénale aseptique ; toujours l'infection gonococcique gagne l'organe atteint qui est un foyer de moindre résistance, et se localise principalement à ce niveau. Un des exemples les plus curieux de cette loi générale, en dehors du cas de pyonéphrose gonococcique que nous venons de rapporter, est celui d'un jeune homme atteint de prostatite primitive avec abcès de l prostate, chez lequel une blennorrhagie accidentelle se fixa à peine sur l'urèthre, et gagna presque immédiatement la prostate où elle provoqua de profondes lésions, et des abcès récidivants. L'urèthrite antérieure fut guérie en quelques jours, grâce à des lavages, tandis que le malade conserve toujours un certain degré de prostatite.

Nous n'avons malheureusement pas le temps de développer le TRAITEMENT que nous avons l'habitude d'employer contre la blennorrhagie chez l'homme. Indiquons seulement les grandes lignes.

Nous tenons à *condamner absolument, après tant d'autres, le traitement par les balsamiques ou les injections* : le premier, parce que, loin de guérir la blennorrhagie, il la localise au fond des glandes, enfermant ainsi le loup dans la bergerie ; le second, parce qu'il provoque de nombreuses complications, (uréthrite postérieure, prostatite, etc.) et détermine des lésions de la muqueuse, amorces de futurs rétrécissements cicatriciels. Nous sommes partisan des *lavages de l'urèthre* suivant la méthode de Janet, faites à basse pression, et avec des *solutions faibles* (de 1/6000 à 1/2000.) Pendant la période aiguë, à part les cas où la réaction est très vive, nous croyons qu'il vaut mieux laver l'urèthre, à la condition d'employer des doses très faibles. Nous nous contentons de faire des lavages de l'urèthre antérieur, pendant les 10 ou 15 premiers jours, et en particulier quand les urines ne sont pas uniformément troubles; nous croyons, en effet, que la propagation à l'urèthre postérieur ne se fait guère, en général, que du 10e au 15e jours.

Nous ne sommes pas d'avis de s'immobiliser sur les lavages de l'urèthre ; nous croyons qu'on prolonge ordinairement beaucoup trop longtemps l'emploi des lavages.

Il y a intérêt, à notre avis, à *associer de bonne heure la dilatation au lavage*, soit avec les béniqués ordinaires suivis d'un lavage des deux urèthres ; soit plutôt avec les dilatateurs de Kollmann, modifiés par Frank. Nous atteignons toujours des chiffres élevés avec ces instruments : 30 à 35 filière Charrière, et 60 béniqué au moins, s'il s'agit de béniqué simple.

Les *instillations* seront employées tardivement pour éviter les reprises, de préférence après la dilatation.

En cas de rétrécissement de l'urèthre, surtout s'il y a des folliculites, périfolliculites ou abcès péri-uréthraux concomitants, les hautes dilatations s'imposent encore plus, si possible.

Enfin, il est absolument nécessaire de procéder à la désinfection soigneuse de tout l'appareil glandulaire de l'urèthre antérieur et postérieur ; la prostate surtout sera minutieusement et systématiquement traitée toutes les fois que l'infection aura gagné l'urèthre postérieur (massage, suivi de lavages d'abord, d'instillations ensuite, hautes dilatations, électrisation).

L'on voit donc que nous ne comprenons pas du tout le traitement et la guérison de la blennorrhagie comme la plupart des malades, et des médecins. Nous ne considérons nullement la blennorrhagie comme guérie à partir du moment où il n'existe plus de goutte appréciable et purulente, attendu que l'infection peut être encore latente et cachée dans le fond des culs-de-sac glandulaires, par conséquent d'autant plus dangereuse. Il faut affirmer et répéter bien haut que l'opinion courante concernant la guérison de la blennorrhagie est une erreur profonde et très préjudiciable au malade. La disparition ou la notable atténuation de la goutte ne signifie pas toujours grand'chose ; on connaît les cas où l'écoulement s'arrête brusquement et disparaît complètement à la suite d'une complication locale ou générale (épididymite, cystite, prostatite, affection générale intercurrente).

Dans tous ces cas, il faut l'expliquer par une *obstruction glandulaire*, le plus souvent momentanée mais qui peut être définitive pour le plus grand préjudice du malade, car elle reste alors latente et méconnue. De même on a prétendu que les affections générales avec fièvre intense pouvaient amener la guérison de la blennorrhagie ; c'est une erreur à notre avis : il y a aussi dans ces cas une obstruction glandulaire générale, sans doute due à une influence musculaire ou nerveuse, et une localisation dans le fond des culs-de-sac glandulaires, de l'infection qui siégeait jusqu'alors à la surface du canal, la meilleure preuve en est que l'on peut constater, dans la grande majorité des cas, pour peu qu'on observe avec soin son malade, une réapparition ou recrudescence de l'écoulement soi-disant guéri, à la chute de la fièvre. Enfin les gouttes minimes, d'apparence sérieuse, peuvent encore contenir du gonocoque.

Nous ne saurions assez le répéter : il n'y a pas, dans l'immense majorité des cas, de guérison spontanée ou médicale de la blennorrhagie ; il s'agit là d'une *guérison apparente*, et non réelle, pouvant être pour l'avenir une source de complications redoutables. Pour nous, quand nous parlons de guérison de la blennorrhagie, nous entendons par là non seulement la disparition apparente de la suppuration, mais encore la désinfection glandulaire totale, surtout au niveau de la prostate, et la disparition de toutes les lésions épithéliales ou glandulaires.

Nous comparons volontiers l'urèthre blennorrhagique entouré de son système glandulaire à une éponge qu'on aurait

trempée dans du pus ; il ne suffit pas que le pus ne dégoutte plus de l'éponge pour qu'on puisse affirmer qu'elle n'en contienne plus ; il faut encore que l'expression de l'éponge n'en ramène plus aucune trace. C'est pourquoi, nous séparant même de certains spécialistes à ce point de vue, dans tous les cas de blennorrhagie que nous soignons, nous faisons systématiquement suivre les lavages de l'urèthre de hautes dilatations avec instillations, de massages de la prostate qui ont pour but cette expression de la muqueuse encore enflammée dans ses parties profondes ; nous estimons que c'est seulement alors que l'on a le droit de parler de guérison définitive.

Mais un traitement aussi actif est-il vraiment indispensable, et n'est-ce pas tomber dans l'exagération que d'en affirmer la nécessité ? Nous affirmons bien hautement que le malade a tout à gagner à le suivre, et ne perd pas ainsi son temps. Car il ne s'agit pas seulement, pour établir le pronostic de la blennorrhagie, de considérer ses complications immédiates ; mais aussi ses complications éloignées. On a eu trop de tendances jusqu'à présent à accorder une importance exclusive aux premières, et à négliger les secondes. Ce sont pourtant souvent les plus graves, parce que les plus latentes et les plus méconnues, évoluant sourdement et aboutissant à des lésions définitives.

Nous avons déjà insisté sur ces formes spéciales d'uréthrite interstitielle chronique avec rétrécissement en surface de tout le canal, cette lésion ne se manifestant par aucune suppuration du côté du canal, même pas par la présence de filaments dans l'urine (1). Dans nos publications antérieures, nous sommes revenu plusieurs fois sur les dangers considérables que couraient à longue échéance les malades atteints de prostatite chronique infectée ou même aseptique d'origine blennorrhagique ; ce sont des victimes toutes désignées pour le prostatisme, des *prostatiques jeunes en puissance* ; nous avons appelé à plusieurs reprises l'attention sur la transformation fréquente des prostatites chroniques en hypertrophies de la prostate, qui n'est que la prostatite chronique prolongée de l'adulte — et à ce propos, nous aurions désiré voir le rapporteur plus convaincu qu'il ne l'est de cette fréquence.

Donc, rétrécissements pour l'urèthre antérieur, prostatites chroniques et hypertrophie de la prostate pour l'urèthre postérieur — voilà le lot, l'*avenir éloigné* des malades atteints de blennorrhagie chronique. Ceci suffit à expliquer les développements dans lesquels nous sommes entré à propos du traitement.

Pour terminer, nous dirons qu'il vaut mieux avoir à traiter une blennorrhagie que ses complications, ses lésions récentes que ses lésions éloignées. La blennorrhagie n'est donc pas une affection négligeable, et qu'on doive mépriser, surtout à cause de ses conséquences éloignées. Il suffit de parcourir en sens inverse l'évolution de ses lésions pour bien se rendre compte que le véritable traitement consiste à soigner l'affection primitive : pour guérir une hypertrophie de la prostate d'origine inflammatoire, il faut soigner la prostatite qui l'engendre ; parmi celles-ci, la prostatite blennorrhagique est la plus fréquente ; pour guérir la prostatite chronique, ou le rétrécissement de l'urèthre antérieur, il faut soigner l'uréthrite blennorrhagique qui en est cause. Tout revient donc, en fin de compte, à traiter la blennorrhagie, affection primitive, mère de tous les maux. On ne perd donc pas son temps à la soigner comme nous le disions tout à l'heure, et il est indispensable de la guérir complètement au début, d'en extirper jusqu'aux derniers vestiges dans l'organisme.

(1) Le Fur. — Des uréthrites interstitielles chroniques. *Assoc. franç. d'Urologie*, Paris, 1903.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les médecins des Bureaux de Bienfaisance de Paris.

Mardi, 20 décembre, la Société Médicale des Bureaux de Bienfaisance de Paris, qui compte déjà 52 années d'existence, a donné au restaurant Marguery son banquet annuel.

Cette fête est sortie de la banalité des réunions de ce genre, tant par le nombre et l'importance des personnages officiels qui avaient tenu à porter aux médecins des pauvres de Paris le témoignage de leur sympathie, que par les paroles qui, à la fin du banquet, ont été prononcées par des bouches autorisées. Ces paroles permettent d'espérer une amélioration, nous dirons plus, une réforme des dispensaires, au grand bénéfice de la population nécessiteuse ou indigente de Paris.

Le Directeur de l'Assistance publique, M. Mesureur, présidait. Parmi les invités, on remarquait MM. Ranson, et Ambroise Rendu, conseillers municipaux, M. Debove doyen de la Faculté, M. Faisans, médecin des hôpitaux, M. Walther, chirurgien des hôpitaux, membres du conseil de surveillance, M. A.-J. Martin, directeur du service d'assainissement, etc.

Le président de la société, le Dr Tournier, prend le premier la parole ; dans une allocution pleine de tact et de forme parfaite, il souhaite la bienvenue aux invités ; puis se tournant vers les nouveaux élus du dernier concours, il leur rappelle les devoirs du médecin de l'assistance, chez qui la science clinique doit être toujours accompagnée de beaucoup de zèle et d'encore plus de cœur. Il leur énumère tout ce que la Société médicale des bureaux de bienfaisance a fait pour élever le niveau des médecins de l'assistance : institution du recrutement par le concours, représentation officielle au Conseil de surveillance de l'Assistance publique, autorisation de changer d'arrondissement sans avoir à concourir de nouveau, institution de la mise en disponibilité, évitant la démission du médecin obligé pour une raison sérieuse d'interrompre longuement son service, création de médecins suppléants, amélioration et plus équitable répartition des indemnités, etc. Il souhaite aux jeunes collègues de s'inspirer de l'esprit des anciens et de pousser encore plus loin dans la voie du progrès le service médical de l'assistance.

M. Ranson, conseiller municipal, excuse son collègue, le président de la Ve Commission, M. Navarre, retenu, à son grand regret, à une séance de nuit du Conseil municipal. M. Ranson souligne la discrétion du président, M. Tournier, qui n'a rien voulu demander ; il sait cependant que les services médicaux des bureaux de bienfaisance réclament de nombreux perfectionnements qu'il s'efforcera toujours de faciliter. Il rend hommage au dévouement, à la générosité de M. Mesureur qui, après avoir occupé les plus hautes charges de l'Etat, a mis au service des pauvres ses brillantes facultés et sa haute expérience.

M. Debove, doyen de la Faculté de médecine, ne veut parler ni comme doyen ni comme médecin des hôpitaux, ni comme confrère, mais bien comme simple citoyen. Il a assuré, à ce titre, de son admiration les médecins des pauvres, qui non seulement ont, en accomplissant leurs pénibles fonctions, le spectacle de la maladie et de la douleur que l'on trouve dans les hôpitaux, mais encore celui plus navrant de la misère. Il les respecte et les aime

parce qu'ils remplissent la plus noble des tâches qui l'imposent dans la société moderne, celle d'atténuer en partie les funestes conséquences de l'injustice sociale.

M. A. Rendu, conseiller municipal, rappelle que de tout temps il a témoigné sa sympathie aux médecins des pauvres de Paris et insiste sur les nombreux liens qui rattachent sa famille à l'Assistance et au Corps médical.

M. Faisans, médecin des hôpitaux, se fait l'interprète de ses collègues pour assurer leurs confrères de l'assistance à domicile et des dispensaires de toutes leurs sympathies.

M. Rotillon, représentant des Médecins des Bureaux de bienfaisance au Conseil de surveillance, s'autorise des bienveillantes paroles de M. Ranson pour demander le relèvement des indemnités de quelques arrondissements, où les charges des médecins du traitement à domicile sont écrasantes, notamment dans le XIIe arrondissement. Un nouvel élu du dernier concours remercie enfin la Société de l'avoir convié au banquet, lui et ses nouveaux collègues, et M. Mesureur termine la série des discours.

M. Mesureur ne reste pas dans le domaine des généralités. Il est prêt à faire tout pour améliorer le service médical des bureaux de Bienfaisance et il ne bornera ses efforts qu'aux limites que lui imposeront les crédits de son budget. Il remercie les médecins de l'Assistance de l'avoir secondé dans l'expérience qui vient d'être tentée pour l'organisation d'un service de soins gratuits au petit personnel de l'Assistance. Dans cette expérience, il s'est efforcé d'indemniser convenablement les médecins qui assuraient ces soins ; il a voulu, en outre, laisser de la façon la plus libérale aux malades le choix d'un nombre assez grand de médecins. Il est heureux de constater que l'expérience a réussi, que les frais n'ont pas dépassé ses prévisions et que le service, grâce aux médecins de l'Assistance, pourra être définitivement organisé.

M. Mesureur est prêt à étudier dans quelle mesure on peut donner satisfaction à la légitime revendication formulée par M. Rotillon pour les médecins du traitement à domicile de quelques arrondissements.

Il compte sur le dévouement du corps médical des Bureaux de bienfaisance pour mener avec vigueur la lutte contre la tuberculose, la syphilis et tous les fléaux sociaux. Il n'a plus, du reste, le droit de douter de leur bonne volonté quand il s'agit d'accomplir le bien et il est heureux d'en citer un exemple : c'est celui du Dr Jean Mallet, nouveau président de la Société, qui, de sa propre initiative, sans l'importuner de demandes superflues, presque à son insu, sans personnel auxiliaire spécial, est parvenu à organiser dans le XVIIIe arrondissement un service de consultations chirurgicales où plus de 1.200 petites opérations et 8.000 pansements ont été pratiqués dans des conditions d'économie extraordinaires et sur des malades bien réellement indigents ou nécessiteux. Ce serait une lourde faute de ne pas doter des médecins capables d'un pareil effort de l'outillage nécessaire pour faire encore mieux. Le Dr Mallet a déjà et aura demain des émules, et M. Mesureur est bien décidé pour les encourager à transformer progressivement les vieux dispensaires, à en faire des instruments d'Assistance tout à fait modernes, qui, entre les mains des médecins des Bureaux de bienfaisance, pourront soulager considérablement les services hospitaliers. Il faut que, petit à petit, Paris modernise son Assistance médicale et n'aie plus à rougir de voir, dans de petits bourgs de sa propre banlieue, des dispensaires infiniment mieux organisés que les siens. Il faut que l'Assistance publique remplisse tous ses devoirs et que les médecins des Bureaux de bienfaisance aient la charge d'organiser dans des établissements modernes de véritables dispensaires antituberculeux et antisyphilitiques destinés à la population véritablement nécessiteuse.

Tous ces discours ont été couverts d'applaudissements, plus particulièrement celui de M. Mesureur, qui paraît ouvrir aux médecins des bureaux de bienfaisance un avenir nouveau.

La fête s'est terminée par la remise au Dr Tournier, par le secrétaire général, M. Paul Billon, de la médaille frappée au coin de la Société, donnée tous les ans au président à l'expiration de ses fonctions. Ce modeste souvenir est une des rares récompenses que quelques-uns des membres de la Société emportent de leurs longues années de dévouement, le plus souvent obscur et méconnu.

Les fonctionnaires de toutes les administrations, les officiers qui, durant cette longue période de paix, jouissent des douceurs de la vie de garnison, attendent paisiblement et en tout repos la croix de la Légion d'honneur, consécration de services rendus à l'Etat toujours sans péril et souvent sans fatigues. En est-il de même du médecin des pauvres ? L'Etat républicain reconnaît-il de même les services péniblement rendus ? Récompense-t-il aussi les efforts qu'il fait pour atténuer les plus tristes conséquences de l'injustice sociale et de l'égoïsme inconscient de ceux qui possèdent ?

L'état du personnel médical de l'Assistance à domicile, publié récemment, va nous répondre. Sur 250 médecins des bureaux de Bienfaisance en exercice, dont 3 ont 30 ans de services, 18 autres plus de 20 ans et 73 autres plus de 10 ans, *deux* seulement sont indiqués comme chevaliers de la Légion d'honneur et, parmi ces deux, il en est un qui a été décoré à titre étranger avant sa naturalisation. Ceci se passe de commentaires. Sans doute, les gouvernements qui se sont succédé jusqu'alors ont pensé que la vue quotidienne des plus pénibles misères avait trempé le cœur des médecins des pauvres, avait élevé très haut leur pensée au-dessus des petites vanités humaines. Incapables d'intrigues, ils restent humbles parmi les humbles qu'ils ont mission de consoler et de soulager, et se contentent, pour toute récompense, après une vie pénible de fatigues et de médiocrité, de garder au fond de leur cœur le sentiment intime et précieux du devoir social accompli.

J. Noir.

Société internationale de la Tuberculose.

Objet de la Société : Une nouvelle société savante est fondée à Paris sous le nom de : « Société internationale de la Tuberculose». Elle a son siège à Paris. Ses réunions ont lieu mensuellement sur convocation du Secrétaire général.

Cette société a pour but l'étude de toutes les questions se rattachant à la tuberculose et la centralisation des moyens de défense. Ses travaux seront publiés.

La société se compose de médecins ou savants possédant un diplôme de Facultés ou d'Universités Françaises ou étrangères.

Pour être admis, il faut présenter une demande au Président, être agréé par le Bureau, ratifié en Assemblée Générale et payer une cotisation annuelle de 10 francs. Prière d'adresser les demandes de candidature à : M. le Dr Georges Petit, secrétaire général, rue du Rocher, 51, Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 décembre 1904.

Signes de méningite fœtale.

M. Rabaud. — Les productions congénitales nommées pseudo-encéphalie et anencéphalie résultent de processus méningitiques intervenus chez le fœtus. La nature vraie de ces productions étant connue, il devient facile de comprendre l'attitude singulière que présentent les fœtus pseudencéphaliens : tête renversée entre les épaules, épaules projetées, globes oculaires convulsés en haut. Ces dispositions sont sous la dépendance de l'inflammation des enveloppes cérébro-spinales, et les contractions provoquées par l'excitation des centres nerveux.

Action du courant alternatif sur les animaux épileptiques.

M. Battelli. — Les courants électriques déterminent chez les animaux des accès de convulsions épileptiformes. Chez les cobayes épileptiques (méthode de Brown-Séquard, section du sciatique), on observe, après l'accès convulsif immédiat, des accès épileptiformes tardifs violents, prolongés, qui manquent au contraire chez les cobayes normaux. Il n'en est pas de même chez les chiens. Epileptique ou non, cet animal présente les mêmes modalités de réaction sous l'influence du courant.

Rôle de la rate dans l'évolution des lésions expérimentales.

M. Floresco étudie les modifications sanguines et le rôle que peut jouer la rate dans l'évolution des lésions expérimentales du foie et d'autres organes.

Notation des objectifs microscopiques.

M. Malassez dépose un travail sur la simplification et la précision de la notation des objectifs microscopiques.

E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 décembre 1904.

Traitement du strabisme.

M. Landolt préconise un nouveau procédé substituant l'avancement musculaire du muscle trop faible à la section du muscle rétracté. Ce procédé donne de très bons résultats en particulier dans le strabisme divergent.

Le perborate de soude.

M. A. Robin présente un nouvel antiseptique étudié par M. Jaubert : le perborate de soude cristallisé dans l'eau oxygénée et la mettant en liberté quand le sel est de nouveau dissous dans l'eau ordinaire. Ce nouveau corps est très peu irritant et non toxique.

La microgastrie.

M. Bendersky (de Kiew) oppose cette rétraction de l'estomac au syndrôme dilatation. La microgastrie peut provoquer des vomissements incoercibles. Les repas très peu abondants, mais très fréquents, les petites irrigations tièdes de l'estomac constituent le meilleur traitement.

La médecine au Danemark.

Le Pr Landouzy présente la relation de son récent voyage medical au Danemark. Ce livre très documenté présente — en particulier pour la prophylaxie de la tuberculose — des études d'un très grand intérêt.

Variole et vaccine dans le Haut-Oubanghi.

M. Kermorgant communique un rapport de M. de Goyon sur ce sujet. Les indigènes, qui connaissent fort bien la variole isolent les individus qui en sont atteints et ne laissent pénétrer auprès d'eux que des personnes déjà atteintes antérieurement de variole et par conséquent immunisées. La pulpe vaccinale perd vite sa virulence par suite des températures excessives de 50° et 55° qu'elle doit subir pendant deux à trois mois, temps nécessaire pour parcourir les 3000 kilomètres qui séparent Bangassou de la Côte.

Pour remédier à ces inconvénients, M. de Goyon propose de créer un centre vaccinogène à Brazzaville et de se servir de boites de fer-blanc remplies d'eau et recouvertes d'étoffe souvent mouillée, pour transporter les tubes de vaccin.

Elections.

Par 67 suffrages sur 71 votants. M. Guéniot a été nommé vice-président de l'Académie de médecine pour l'année 1905. M. Motet a été maintenu par acclamation dans ses fonctions de secrétaire annuel.

MM. Chauveau et Périer sont nommés membres du conseil.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 décembre 1904

Cancer colloïde de l'estomac. Pylorectomie. Mort.

M. Schwartz communique cette observation. Il s'agissait d'une tumeur pédiculée à implantation large et dont la surface de section présentait un aspect gommeux. La malade était anachlorhydrique et dans un état d'anémie telle que son sang ressemblait à du sérum délayé. La mort, survenue le neuvième jour, est due à une défectuosité opératoire. M. Schwartz avait pratiqué la pylorectomie par le procédé de Kocher. Or la bande d'estomac interposée entre la suture stomacale et l'anastomose duodéno-gastrique était trop étroite et subissait des tiraillements. L'autopsie a montré un petit abcès siégeant en avant de la suture et communiquant avec le duodénum. M. Schwartz pense qu'il aurait dû faire une gastro-entérostomie après la pylorectomie.

Déciduome malin. Opération. Guérison.

M. J.-L. Faure fait un rapport sur cette observation de M. de Gouvéa, ayant trait à une femme qui avait avorté quatre mois auparavant et qui avait eu des hémorrhagies persistantes. M. de Gouvéa fit l'hystérectomie vaginale et l'examen du fond de l'utérus montra qu'il s'agissait d'un déciduome malin. Cette tumeur consiste en une dégénérescence épithéliale des villosités choriales. Le vagin est très fréquemment envahi. Au point de vue clinique, le chorio-épithéliome se traduit par des symptômes de cancer du corps de l'utérus.

Très souvent, il apparaît à la suite d'une môle hydatiforme, celle-ci traduisant un premier degré d'irritation des villosités. Les deux affections présentent entre elles des rapports curieux : une femme présente une petite tumeur du vagin qui, à l'examen histologique, est reconnue comme étant un chorio-épithéliome. A quelque temps de là, elle expulse une môle hydatiforme. Trois ans après, elle est de nouveau enceinte et fait un accouchement normal. Ceci prouve que la guérison peut être définitive.

M. Tuffier parle du placentome développé primitivement au niveau du vagin, sans qu'il y en ait trace dans l'utérus. Il serait moins grave que le déciduome utérin.

M. Reynier pense que, si l'opération est précoce, le déciduome serait moins grave que l'épithélioma ordinaire.

Dans deux cas de môle hydatiforme, l'hystérectomie, pratiquée à deux ou trois mois de là, a montré un utérus absolument normal.

Sur la toxicité du naphtol camphré.

M. Guinard fait un rapport sur un mémoire de M. Calot (de Berck). M. Calot a observé deux cas de mort après celui qui avait été rapporté par M. Nélaton à la Société de chirurgie, mais malgré cela, il n'a pas renoncé à l'usage du naphtol camphré et depuis cinq ans, sur près de *dix mille* injections, il n'a observé aucun accident. Il pense que les accidents sont dus à un défaut de technique et, d'autre part, qu'il est des cas dans lesquels aucune substance ne saurait remplacer le naphtol avec avantage. Chez l'enfant, la dose varie de 2 à 15 grammes ; chez l'adulte, de 15 à 20. Le naphtol doit être fraîchement préparé. Dans les cas délicats, on le mélange, dans la proportion d'un tiers, à de la glycérine.

M. Guinard a pu réunir jusqu'ici *douze* cas de mort et conclut, comme au mois de mai dernier, au rejet du naphtol camphré.

Névralgie faciale ; résection des nerfs maxillaires supérieurs et inférieurs gauches. Guérison.

M. Guinard présente la malade opérée il y a 15 jours. Elle avait subi auparavant la résection du rebord alvéolaire. Les douleurs partaient de la langue pour irradier dans le territoire maxillaire.

Cholédocotomie suivie de suture.

M. Delbet présente la malade. La suture a été difficile. malgré l'hyperextension du tronc, parce que l'artère gastro-épiploïque droite adhérait au cholédoque. Elle comprenait deux plans, le deuxième non perforant. La plaie a été drainée au moyen d'une fine lanière de gaze ne touchant pas la suture et il n'y a eu aucun écoulement de bile. M. Delbet insiste sur ce point.

Comme. d'autre part, le foie était abaissé, M. Delbet l'a soulevé et lui a fait un coussinet consistant en un treillis de catgut formant une sorte de hamac. L'examen de la malade permet de voir que l'organe est resté en place.

Sérothérapie du cancer.

M. Doyen a lu une longue communication sur ce sujet et a présenté des malades. Le travail est renvoyé à une commission composée de : MM. Berger, Kirmisson, Monod, Nélaton et Delbet ; ce dernier, rapporteur. Nous l'analyserons en son temps. L. Kendirjy.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 décembre 1904.

Pneumococcie pseudo-membraneuse broncho-pulmonaire chez un enfant de deux ans.

M. Ménétrier. — L'observation rapportée par l'auteur est intéressante à cause de la rareté de cette affection chez les jeunes enfants. Le petit enfant rendait depuis deux mois, après des crises de toux et de suffocation, des fausses membranes ramifiées, arborescentes Signes de condensation du lobe supérieur gauche. Pas de fièvre. L'étiologie diphtérique doit absolument être mise de côté. Sirop iodotannique et fumigations avec une solution créosotée au centième dans l'eau bouillante. Guérison.

Œdèmes aigus essentiels.

M. Apert résume son étude sur la nosologie des œdèmes aigus essentiels. D'après lui, il importe de continuer à décrire, à côté de l'œdème aigu de Quincke, les œdèmes aigus tout différents qui avaient été décrits avant lui sous divers noms et que les ouvrages classiques ainsi que les dernières monographies sur la question, paraissent sinon ignorer tout au moins assimiler sans raison à la maladie de Quincke. Cette étude est à lire telle qu'elle sera publiée *in extenso* dans le *Bulletin* de la Société. B. Tagrine.

Séance du 16 décembre 1904.

Amyotrophie spinale des nouveau-nés.

M. Comby présente un nouveau-né paralysé des quatre membres. Les réflexes sont abolis, la réaction de dégénérescence est très nette, pas de troubles de la sensibilité. Il faut mettre de côté la paralysie obstétricale. Hoffmann décrit des cas semblables sous le nom d'amyotrophie familiale des nouveau-nés ; le caractère familial fait défaut ici. Il s'agit probablement d'une lésion spinale et l'évolution de l'affection est probablement fatal, d'après Hoffmann.

Epithéliomas guéris par les rayons X.

MM. Danlos et Gastou communiquent quatre cas de guérison d'un épithéliome obtenu par les rayons X. Les auteurs notent en passant la différence histologique qui existe dans les épithéliomas de la peau ; les uns sont des sarcomes épithélioïdes, les autres à type épithélial pavimenteux. Il est encore à noter l'action de ces rayons sur les synovites sous-jacentes à un épithelioma ; ils paraissent hâter leur résorption. Il faudra essayer cette action des rayons X sur les rhumatismes noueux.

M. Beclère présente un long mémoire technique sur l'*emploi thérapeutique des sels de radium*. Citons lei quelques constatations de ce travail.

Le rayonnement des sels de radium est comparable à celui de Röntgen, il a des qualités différentes, mais produit les mêmes effets. En radiumthérapie aussi bien qu'en radiothérapie, il faut un dosage rigoureux et la méthode chromométrique (d'Holzknecht) est préférable à la méthode électrique. Le rayonnement du radium doit émaner d'une surface et non d'un point. Les sels de radium possèdent l'avantage de pouvoir être portés dans les cavités où l'ampoule de Röntgen ne pourrait être introduite. Nævi vasculaires, lésions lupiques et épithéliomateuses de la peau et des muqueuses, voilà leur champ d'application thérapeutique. *Les sels de radium sont l'édition de poche de l'ampoule de Röntgen.*

MM. Voisin (J. et R.) et Krantz présentent une note sur la *déchloruration dans l'épilepsie.* B. Tagrine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Réunion plénière des trois sociétés, de Médecine de Paris, Médico-chirurgicale, et de Médecine et de Chirurgie pratiques (*Suite*).

Séance du 26 novembre 1904. — Présidence de M. Tissier, de la Société de médecine de Paris.

M. Le Fur lit un rapport sur les **complications et le traitement de la blennorragie chez l'homme** (*Publié dans ce numéro*, page 498).

Les complications latentes de la blennorragie.

Par M. le Dr **LE FUR**

On ne peut manquer d'être frappé, à la lecture des divers auteurs, comme à celle du rapport que nous présentons, sur les complications de la blennorragie, de ce fait que, dans chaque organe dépendant de l'urètre, dans chacune des glandes qui y déversent leurs sécrétions, certaines complications sont bruyantes, d'un diagnostic positif facile, tandis que d'autres, au contraire, évoluent insidieusement, avec une symptomatologie atténuée. Or, ces complications latentes nous paraissent, à cause même de cette insidiosité, *plus dangereuses que les complications aiguës*.

Une prostatite aiguë, franchement douloureuse, un abcès de la prostate qui nécessitera l'incision périnéale, une cystite qui épouvantera le malade par son hématurie terminale ou par l'intensité du ténesme, un abcès périnéal ou cowpérien, une épididymite qui obligera le malade à s'aliter, ce sont là des complications qui ne risquent pas de demeurer sans soins et qui inspireront au médecin la méfiance quand il s'agira d'apprécier la guérison définitive de la blennorragie. Au contraire, trop souvent, on est exposé à considérer le malade comme guéri, sur la foi de quelques examens de lamelles ou par lassitude d'un traitement qui ne paraît plus modifier des vestiges peu apparents de la suppuration urétrale ; et, dans ces cas, on ne s'adressera pas au seul traitement utile, celui qui ne vise pas l'urètre lui-même, mais les organes où l'infection s'est propagée.

A ce point de vue, la méthode des grands lavages urétro-vésicaux ou celle des lavages de l'urètre antérieur — qui sont, d'ailleurs, le meilleur traitement de la blennorragie — exposent particulièrement à l'erreur. Tant que le malade fait des lavages, il a l'apparence de la guérison, et médecin et malade se félicitent de la terminaison prochaine du traitement ; et, en effet. l'urètre guérit. Mais, que l'on cesse les lavages, que le malade s'affranchisse des précautions d'hygiène qu'on lui avait fait appliquer sévèrement. l'écoulement reparaît, les gonocoques et les microbes associés pullulent de nouveau : l'urètre était guéri, les acini glandulaires ne l'étaient pas ! Tantôt on voit alors reparaître un écoulement assez abondant, où les gonocoques reprennent leurs groupements intra et extra cellulaires, et l'on serait tenté quelquefois de croire à une nouvelle blennorragie ; tantôt c'est seulement un léger suintement qui persiste, image de la « goutte militaire » qui doit s'éterniser ; et, dans certains cas, si la malchance a voulu que quelques examens microscopiques paraissent négatifs, on attribue ce suintement à l'irritation due à un traitement prolongé, aux troubles d'ordre toxique qui peuvent persister quelque temps après la blennorragie : ainsi pourront évoluer des

lésions chroniques, à l'abri de tout traitement. Et, si le médecin reste incertain de la guérison absolue, c'est trop souvent le malade lui-même qui se trouve suffisamment guéri, la jeunesse aidant, pour retourner aux plaisirs dont il a été si longtemps privé.

Les complications latentes ne sont pas seulement dangereuses en ce qu'elles tiennent en réserve la contagion toute prête à envahir l'urètre, et, dans les rapports sexuels, les organes du sexe adverse. Elles constituent, en effet, une menace de complications locales aiguës, suppuratives, qui peuvent détruire les organes où elles siègent, et un danger perpétué de complications générales si redoutables de la blennorragie : arthrites, endocardites, myélites et polynévrites. De plus, leur évolution naturelle voue les organes atteints à des lésions destructives progressives. Prenons pour exemple la prostate : nous y voyons la prostatite chronique, même quand elle n'attire pas l'attention pendant des années, envahir peu à peu un plus grand nombre de lobules de la glande, les transformer en cavités suppurantes ou, tout au moins, amener la dégénérescence et la chute des cellules épithéliales. Du côté du tissu conjonctif interstitiel, c'est la sclérose qui, progressivement, succède aux infiltrations inflammatoires et qui étouffe, dans sa réaction, les éléments nobles de la glande. Les glandes de l'urèthre nous présentent des désordres aussi essentiellement destructeurs, soit que, des glandes enflammées chroniquement, l'infection s'étende soudain au tissu périglandulaire et y cause des abcès, soit qu'il s'y forme des foyers de sclérose qui, bien que produisant de plus loin la sténose de l'urètre n'en constituent pas moins une cause de rétrécissements très rebelles au traitement ; soit enfin que l'infection, propagée au corps spongieux et aux couches profondes de l'urètre, y persiste indéfiniment et produise les rétrécissements que nous avons si fréquemment à soigner, en même temps qu'elle prépare les complications inflammatoires futures de ces rétrécissements.

Or, il n'est pas douteux que ces complications latentes de la blennorrhagie sont fréquentes, et que le traitement par les lavages antiseptiques ne les évite pas toujours, sans doute parce qu'il est généralement entrepris à une époque déjà avancée de l'urétrite. Nous trouvons la preuve de cette fréquence dans les lésions chroniques dont nous venons de parler : rétrécissements survenant chez des hommes qui se sont crus parfaitement guéris de leurs blennorrhagies, prostatites chroniques qui ne sont décelées que longtemps après la contagion, poussées soudaines de prostatites aiguës ou de cystites que l'on croirait quelquefois primitives, si l'on n'était averti de la longue durée du microbisme latent.

Une autre preuve, c'est leur fréquence reconnue plus grande à mesure que l'on a perfectionné la technique de recherche des complications. Ne sait-on pas que la prostatite est, pour ainsi dire, la règle dans toute blennorrhagie propagée à l'urètre postérieur ; et cependant, tant que l'on n'a connu que la prostatite franchement aiguë, on a considéré cette complication comme assez rare. L'histoire de la spermatocystite, de la cowpérite, de l'infection des glandes de Littre, a passé par les mêmes vicissitudes. Partout les complications insidieuses paraissent maintenant les plus fréquentes, et l'on peut dire que toute blennorrhagie récidivante, que la plupart des blennorragies chroniques et des infections post-blennorragiques, sont des blennorragies compliquées, et que la cause de cette chronicité, c'est la complication.

Il faut donc s'appliquer, au déclin d'une blennorragie, à dépister l'infection dans les glandes annexées à l'urètre, même s'il n'y a pas eu de complication aiguë. On connaît les moyens habituels de recherches du gonocoque dans l'urètre : ils consistent à en réveiller la pullulation par diverses excitations : explorations, instillations de nitrate d'argent, excès de bière. Mais ces moyens, s'ils permettent de déceler la présence de gonocoques dans la paroi urétrale (et encore faut-il remarquer que certains individus supportent l'épreuve de la bière malgré la présence des gonocoques), sont souvent insuffisants quand les gonocoques sont localisés à des acini prostatiques éloignés de l'urètre, à ceux des glandes de Cowper, aux alvéoles des vésicules séminales ; dans de tels cas, on voit même une instillation de nitrate d'argent devenir un moyen thérapeutique et diminuer la suppuration. Il est nécessaire toutes les fois que des filaments ou un suintement trop riche en leucocytes persistent, de les examiner au microscope à de nombreuses reprises avant d'affirmer la disparition des gonocoques ; il faut répéter ces examens après épreuve de la bière et du nitrate d'argent, après coït (en prenant les précautions nécessaires pour rendre impossible une contamination extérieure). Il faut, de plus, systématiquement, examiner les produits de l'expression de la prostate, des vésicules séminales, des glandes de l'urètre. Nous allons plus loin, dans tout suintement persistant, après une blennorragie, il faut *recourir aux cultures*, seul moyen qui permettra de déceler la présence et de déterminer l'espèce de microbes, trop peu nombreux pour que l'examen des lamelles ait une valeur diagnostique. C'est par des cultures seules que l'on est arrivé à trouver le gonocoque si fréquemment dans les complications viscérales de la blennorragie ; c'est par les cultures seules que l'on a reconnu la fréquence de sa présence dans les prostatites, dans les épididymites — sans parler ici des autres pyogènes. — Il n'est donc plus permis de reculer devant de simples difficultés de technique, quand il s'agit de permettre un mariage, ou simplement de cesser le traitement d'un urètre dont la guérison n'est pas absolument évidente et confirmée par le temps.

Le traitement de l'arthrite blennorrhagique, par la méthode de Delherm ;

Par le Dr **LAQUERRIÈRE**

Les rapporteurs ont laissé de côté les complications extra-génitales de la blennorrhagie, je désirerais cependant appeler votre attention sur le traitement électrique de l'arthrite blennorrhagique — traitement relativement peu connu et cependant extrêmement brillant.

* * *

L'arthrite blennorrhagique, lorsqu'elle atteint un certain degré, devient une affection grave, non seulement parce qu'elle cause des douleurs parfois intolérables, retentit sur l'état général et immobilise plus ou moins longtemps le malade, mais encore parce qu'elle peut se terminer par ankylose et laisser à sa suite une infirmité inguérissable. Jusqu'à présent ce n'était guère qu'à l'occasion précisément des suites éloignées que les électriciens avaient l'occasion de s'occuper des arthrites blennorrhagiques et on leur demandait, lorsque tout était rentré dans le calme, lorsque l'arthrite proprement dite était guérie, de remédier aux raideurs, à l'impotence, aux atrophies musculaires.

Il appartenait à mon excellent collaborateur et ami M. Delherm, alors interne dans le service de M. Mathieu à l'hôpital Andral, de modifier du tout au tout la place réservée à l'électricité et de faire de ce procédé thérapeutique le traitement de l'arthrite elle-même.

Cette tentative était d'autant plus hardie et d'autant plus louable, que c'était une doctrine classique en électrothérapie de s'abstenir en face de manifestations fébriles et qu'un état inflammatoire semblait un *noli me tangere* absolu.

Remak avait, il est vrai, indiqué qu'on pouvait appliquer le courant continu aux articulations affectées de rhumatismes même à la période fébrile, mais son indication est tombée dans l'oubli.

Plus récemment, Margaret, Cleaves d'une part, Sudnilk, d'autre part, avaient employé ce même courant à la période inflammatoire de maladies articulaires, mais leurs tentatives ne paraissent pas avoir eu des résultats constants et en tous cas ces auteurs ne semblent pas avoir systématisé leur procédé, et avoir traité la question du rhumatisme blennorrhagique.

La première communication de Delherm (société d'électrothérapie, mai 1901) précise d'une manière absolue les indications : « traitement des arthrites blennorrhagiques à la période aiguë inflammatoire ou fébrile », et précise une technique particulière dont, comme nous le verrons plus loin, il est indispensable de ne pas s'en écarter.

Cette technique consiste essentiellement dans l'emploi du courant continu en intensités très élevées et en séances longues. Au début, l'auteur préconisait 40 à 50 m. A. pendant 30

ou 15 minutes. Actuellement, il utilise (Congrès international d'électrologie médicale, Berne 1902), 70 m A. et plus si possible durant une heure, au moins, lors des premières séances. Nous sommes loin, on le voit, des quelques milliampères et des 5 à 10 minutes qui sont le plus habituellement indiqués pour toutes sortes d'affections, dans les traités classiques, lorsqu'on veut bien faire à l'électricité l'honneur de lui supposer une posologie.

Des applications à cette dose et à cette durée ne sont d'ailleurs possibles que grâce à des électrodes spéciales, électrodes de grandes surfaces d'abord, électrodes en terre glaise ensuite.

Il paraît indispensable que le courant présente une très grande densité dans tous les points de l'articulation malade : il paraît très utile que les régions périarticulaires, en particulier les muscles situés au-dessus et au-dessous de l'articulation, soient intéressés par l'électricité.

D'autre part, si l'intensité est un peu élevée ou si la séance est un peu prolongée, les électrodes en métal recouvert de peau de chamois, dont on se sert habituellement, ont le grave inconvénient de se mouler mal sur les tissus si on ne les comprime pas (ce qui est bien difficile sur les tissus extrêmement sensibles) et ne touchent qu'en un certain nombre de points. De plus, en raison du peu d'épaisseur de la peau de chamois, les produits de la décomposition électrolytique des tissus saturent très vite les électrodes ; l'une, la positive, se charge de chlore et d'acide, l'autre devient très nettement basique, et il en résulte, sous l'influence de la continuation du passage du courant, de la douleur et une escharification plus ou moins profonde des téguments.

Aussi faut-il se servir d'électrodes épaisses, de sortes de cataplasmes en argile, analogues à celles qu'Apostoli a indiquées pour l'emploi des hautes intensités en gynécologie, assez larges pour être capables d'embrasser chacune une des faces de l'articulation presque complètement, sans toutefois, bien entendu, entrer en contact avec l'électrode placée du côté opposé, et assez longue pour s'étaler notablement au-dessus et au-dessous du point malade.

Ces électrodes moulent parfaitement sans compression sur les tissus, assurent un contact parfait en tous les points, et réduisent au minimum toute chance d'escharification électrolytique.

* * *

Grâce à cette technique, M. Delherm a obtenu des résultats qui lui font considérer le traitement électrique comme le traitement de choix des arthrites blennorrhagiques. D'ailleurs, M. Mathieu n'a pas hésité à préconiser la méthode en juillet 1901 à la Société thérapeutique.

Les faits qui servaient de base aux communications de ces auteurs se rapportaient à des malades hospitalisés. Il s'agissait de formes graves d'hydarthrose, d'arthrite de grosses articulations, ou d'arthralgie, nécessitant non seulement la cessation des occupations habituelles, mais encore le séjour dans un établissement spécial.

Pour ma part, je n'ai eu l'occasion de soigner que des arthrites des grosses articulations, mais toutes se présentant sous une forme grave, et si ceux des malades qui, par leur situation sociale, méritaient d'y entrer n'étaient pas dans des services hospitaliers, c'est que toujours leur affection siégeait au membre supérieur.

Toujours les résultats ont été extrêmement rapides et bien supérieurs, en ce qui concerne tant le soulagement immédiat que les suites de l'affection, à ceux fournis par les autres médications connues.

Les médicaments internes, salicylate, antipyrine, etc., ne paraissent pas, dans les formes graves, avoir une influence appréciable ; le salol, qui est le plus fréquemment employés a peut-être une action, mais qui est certainement peu marquée.

Le cataplasme de Trousseau a été employé par Nuropolzsky avec succès, mais son emploi ne s'est pas généralisé, et il semble surtout utile dans les cas de moyenne intensité.

La faradisation qui m'a donné autrefois, dans un cas, un résultat satisfaisant, et qui a été expérimentée par Delherm, est de notre avis commun de beaucoup inférieur aux applications du courant continu.

Le salicylate de méthyle, sous forme d'enveloppement, donne une sédation marquée de la douleur, mais dans les formes polyarticulaires qu'il a eues à observer. Delherm a pu constater son infériorité très nette sur la galvanisation ; pour cela il faisait des applications de salicylate sur toutes les articulations atteintes, sauf la plus douloureuse, qu'il soumettait au courant : or, c'était toujours celle-là qui, la plus douloureuse au début, était le lendemain la moins malade.

D'ailleurs, les applications de salicylate ne calment pas toujours suffisamment et on est malgré elles encore forcé d'avoir recours à l'appareil plâtré, qui est, lui, le médicament héroïque de la douleur, mais qui malheureusement conduit fréquemment à l'ankylose, car l'immobilisation, pour l'affection où l'ankylose est un aboutissant spontané assez fréquent ne fait que favoriser cette fâcheuse tendance.

Or, il est arrivé plusieurs fois à Delherm de traiter dans des services hospitaliers des malades pour lesquels, après divers essais de thérapeutique, on avait formellement décidé de mettre un plâtre, et une seule application électrique suffisait pour que tout projet d'appareil fût délaissé.

C'est qu'en effet le plâtre n'est destiné à lutter que contre la douleur. Or, avec l'électricité, la sédation, qui n'était que faible après la première séance, quand on utilisait 40 ou 50 mA. est, maintenant qu'on utilise des doses élevées (nous arrivons parfois actuellement à 150 mA.), extrêmement nette. Le malade qui avait des douleurs intenses sent déjà un léger soulagement immédiatement après l'application. Ce soulagement augmente durant les heures suivantes et, fait à peu près constant, tandis que les nuits précédentes, il ne dormait pas ou ne dormait que quelques instants, grâce à des préparations opiacées, le malade dort le soir au moins quelques heures.

Un autre phénomène qui se manifeste dès le début est la diminution de la fièvre ; n'ayant pas eu de malades hospitalisés, je n'ai pas fait de recherches sur la température, mais d'une façon générale, dès le premier jour, le malade se sent mieux, la chaleur de la peau, les caractères du pouls, la moiteur de l'épiderme, l'aspect de la langue se modifient, l'appétit reparaît, etc. D'ailleurs, Delherm a eu des malades chez lesquels le thermomètre indiquait le premier jour 39 et même plus ; chez ces malades, la fièvre est rapidement tombée.

L'œdème, le gonflement, la rougeur des parties malades, s'atténuent un peu moins vite, mais dès les premières séances on voit des modifications appréciables de ces phénomènes. Enfin, après quelques applications les mouvements reparaissent et augmentent rapidement d'étendue.

D'autre part, les muscles ne s'atrophient pas, et au fur et à mesure que l'état de l'articulation permet les mouvements, ils trouvent pour leur accomplissement le système musculaire à peu près intact.

Tels sont les effets d'un procédé thérapeutique qui parait extrêmement brillant et qui jusqu'à présent n'a pas à ma connaissance compté d'insuccès, quand on l'a appliqué suivant les règles formulées par son auteur.

* * *

On nous a en effet parfois signalé des insuccès ; des confrères nous disaient ne pas avoir obtenu les résultats que nous leur avions annoncés. Or, en les interrogeant, nous avons toujours trouvé la raison de leur échec, raison qui rentre toujours dans l'une des deux classes suivantes : emploi de doses bien trop faibles, usage trop tardif de l'électricité.

En ce qui concerne la première catégorie, voici comment les choses se passent : on prend ce qu'on a sous la main, de petites électrodes recouvertes d'une peau de chamois mince et l'on fait passer un courant ; l'intensité supportée est faible, le traitement est douloureux et on ne peut prolonger la séance au-delà de quelques minutes. Il est certain que dans les cas légers on peut avoir des résultats, même dans ces conditions ; le courant continu, même avec une posologie très faible, a une action sédative sur le système nerveux, et une influence marquée sur les phénomènes circulatoires : mais

pour avoir dans les formes graves des résultats brillants, il est indispensable de faire des séances énergiques et des séances longues.

Pour la seconde catégorie, il importe d'affirmer hautement que c'est dès le début, dès le premier jour. si l'on peut, qu'on doit appliquer le courant ; l'état fébrile, l'aspect inflammatoire, ne forment pas des contre-indications, bien au contraire. Qu'on me permette de citer un exemple : un malade m'est envoyé d'une consultation hospitalière à ma clinique ; il présente une arthrite au poignet avec fièvre, insomnie complète, douleurs intolérables, le gonflement et la rougeur sont intolérables et ces lésions ont un aspect pseudo-phlegmoneux. Le matin, à l'hôpital, on a discuté devant lui l'opportunité d'incision ; les médecins qui assistent à ma clinique se récrient quand j'annonce que je vais faire de l'électricité et se déclarent partisans de la balnéation ou de l'enveloppement antiseptique. Or, le soir même de la séance, le malade dort plusieurs heures ; il s'améliore rapidement et reprend son travail vers le 25e jour après une quinzaine de séances.

Lorsqu'au contraire, on attend, le traitement est bien moins efficace, on observe encore la sédation de la douleur, mais le gonflement cède bien moins vite, les mouvements sont plus longs à reparaître ; même si on a entendu trop longtemps, l'atrophie musculaire s'est établie, il faut alors un bien plus grand nombre de séances, il peut même être nécessaire de faire un traitement spécial par la faradisation pour rétablir l'état de la musculature, et on n'est pas toujours sûr d'arriver à la récupération complète du fonctionnement de l'articulation.

* * *

En somme, actuellement, nous avons. Delhermet moi, soigné, tant dans les séances hospitalières et à la clinique Apostoli-Laquerrière que dans nos clientèles respectives, une cinquantaine de cas presque tous très intenses.

Nous avons toujours eu des succès complets en ce qui concerne le résultat immédiat (diminution et disparition des phénomènes aigus dès les premières séances), sauf dans deux cas où les malades, n'ayant été que très peu soulagées, ont abandonné le traitement pour se faire hospitaliser et ne nous ont fait savoir que bien après ce qu'elles étaient devenues.

Pour les résultats éloignés, ils ont toujours été parfaits dans les cas où le traitement avait été commencé un petit nombre de jours après le début de l'arthrite. Dans les cas anciens, la mobilité n'a pas toujours été récupérée complètement ; mais nous avons toujours obtenu un fonctionnement articulaire bien supérieur à celui qu'il était permis d'espérer des médications classiques ; car lorsque le retour «ad integrum» n'était pas absolu, il s'agissait de cas extrêmement graves.

En somme, j'insiste sur ces deux points, c'est *dès le début* et avec une *technique très précise* qu'il faut traiter l'arthrite blennorrhagique.

Employée dans ces conditions, il semble que la méthode de Delherm soit, pour calmer la douleur, pour juguler l affection, pour éviter l'ankylose, de beaucoup supérieure à toutes les méthodes connues et forme à l heure actuelle véritablement le traitement de choix de l'arthrite blennorrhagique surtout dans ses formes graves.

Bibliographie. — M. Mathieu, Société de thérapeutique, 1901, juillet. — M. Delherm, *Annales d'Electrobiologe* 1901. — Société d'Electrothérapie 1901. — Congrès international d'Electrologie médicale, Berne, 1902. — Laquerrière. Société de médecine du Louvre, juin 1903. — Vigroux, Thèse de Paris, 1903. — Dechauffour, Thèse Paris, 1904. Laquerrière et Delherm. « Manuel d'électrothérapie du praticien » (*sous presse*).

M. Ozenne (*Soc. de Méd. et Chir. prat.*). — Je m'associe entièrement aux réserves que M. Verchère a exprimées dans son rapport au sujet du rôle morbide que l'on fait tenir au gonocoque dans les inflammations utérines et péri-utérines. S'il n'est pas nul, il est loin d'être aussi accusé qu'on le prétend.

La blennorragie urétro-vulvaire peut se propager à l'utérus. C'est un fait indiscutable, mais est-ce aussi fréquent qu'on se plaît à le répéter ? Oui, si l'on n'a en vue que la région cervicale. L'endométrite de cette région est, en effet, très commune et l'on sait qu'elle peut y rester latente, atténuée et localisée pendant longtemps et même y dérouler toute son évolution sans qu'aucune propagation survienne.

Mais autant il est fréquent de voir le col envahi par le gonocoque, autant il est rare d'en découvrir sur la muqueuse du corps, en dehors de certaines circonstances. Il en existe cependant des cas, mais ordinairement le gonocoque n'habite pas seul la cavité utérine ; il s'y trouve en compagnie d'autres micro-organismes et l'on est en droit de se demander si l'endométrite du corps ne relève pas de l'un de ces microbes.

Ce qui doit le faire supposer, c'est, d'une part, l'absence d'endométrite totale chez les fillettes dont la vulve, le vagin et le col ont été contagionnés, et. d'autre part la très grande rareté de l'endométrite chez nos malades de Saint-Lazare, dont la plupart des femmes sont cependant atteintes d'urétrite et d'endocervicite gonococciennes. C'est ce que l'on observe chaque jour sur les nullipares et. lorsque la propagation a eu lieu à toute la muqueuse utérine. on apprend par l'interrogatoire des malades que l'endométrite s'est développée peu après une couche ou une fausse couche ou bien à la suite d'un simple retard des règles. ce qui n'était en réalité qu'une fausse couche méconnue. Dans la clientèle privée, l'endométrite totale est relativement plus fréquente, car l'art de ne pas avoir d'enfants ne se développe que plus tardivement.

Dans ces conditions d'infection mixte, il est difficile de déterminer la part d'influence qui revient aux différents microbes dans la genèse de l'endométrite et des accidents qui pourront l'accompagner. Cependant. quoique la question reste encore à l'étude, d'après les observations cliniques qui montrent que l'évolution de la blennorragie est relativement bénigne, toutes les fois qu'elle est seule en cause, on est enclin à attribuer les accidents qui apparaissent dans le cours des infections mixtes au nouvel agent infectieux, car on ne doit accorder qu'une valeur hypothétique à cette assertion de quelques auteurs qui prétendent que le gonocoque acquiert en pareil cas une plus grande virulence.

En résumé, chez les nullipares le gonocoque crée l'endométrite cervicale. qui reste localisée. et ne se propage ni au corps de l'utérus, ni à ses annexes, tant qu'un traumatisme. accidentel ou opératoire, ne vient pas en provoquer la propagation. Chez les multipares. elle se propage souvent à la muqueuse utérine tout entière, aux trompes, aux ovaires et au péritoine, mais ce n'est qu'à l'occasion de la puerpéralité (accouchement ou avortement). Il en résulte alors une infection mixte, conjuguée, dont les conséquences (suppurations, stérilité, etc.) atteindront parfois un haut degré de gravité, qu'il semble rationnel de rapporter plutôt au streptocoque qu'au gonocoque.

Erratum

Dans le numéro du « *Progrès* » du 17 décembre 1904, à la page 489, colonne II, ligne 65, *au lieu de* : « L'intervention chirurgicale aurait été *inefficace... aspiration* simulée », *lire*: « L'intervention chirurgicale aurait été ici efficace, en supprimant l'obsession, comme l'eût fait peut-être une simple « opération simulée. »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 12 décembre 1904

Eloge funèbre par M. Motet, président, de M. le conseiller Lefuel, membre actif.

A propos d'une question de survie. — A la suite de la double mort des époux Tarbé des Sablons survenue le 14 décembre 1900, des enquêtes médico-légales avaient été faites par MM. Brouardel et Ogier, par M. Descoust, par M. Lacassagne pour fixer la cause et l'ordre chronologique des deux décès. Sur la cause de la mort, les trois rapports étaient unanimes: les époux Tarbé avaient succombé à une intoxication par l'oxyde de carbone émané d'un calorifère défectueux. En ce qui concerne l'ordre de succession des décès, tous convenaient que des preuves décisives manquaient pour trancher la question ; mais tandis que MM. Brouardel et Ogier, Descoust, admettaient comme probable le prédécès de Mme Tarbé, M. Lacassagne concluait à des présomp-

tions médicales et précises pour le prédécès de Monsieur.

Devant une telle contradiction, la Société de Médecine légale, désireuse de s'éclairer, chargea M. Chassevant d'étudier les rapports des experts et de dire laquelle des deux opinions devait primer l'autre. M. Chassevant adopte les conclusions du rapport Brouardel-Ogier, confirmées du reste par les expériences contemporaines de M. Descoust, instituées pour jeter quelque lumière dans le litige.

M. Descoust lit à la société l'important rapport qu'il établit à cette occasion et où il se trouve en presque constant désaccord avec M. Lacassagne.

Celui-ci admet que, si le corps de M. Tarbé était plus chaud que celui de Madame, c'est que, chez lui, l'intoxication avait été plus profonde et plus complète. M. Descoust y voit tout simplement l'indice d'une mort plus récente; d'ailleurs, chez tous les animaux qu'il a soumis à l'intoxication oxycarbonée, la température baisse très régulièrement dans les trois ou quatre heures qui suivent la mort, si bien qu'il serait possible en prenant la température des corps, de déterminer l'heure et l'ordre des décès.

M. Descoust s'est attaché à préciser l'action de l'intoxication oxycarbonée sur la digestion : cette action varie suivant l'état de réplétion ou de vacuité de l'estomac et aussi suivant la rapidité de l'intoxication.

Quand l'estomac est vide, il y a des nausées, des vomissements glaireux ou vomissures. Si l'estomac est en travail digestif, l'intoxication suspend ce travail et provoque des vomissements alimentaires dans le cas d'empoisonnement lent, de simples nausées dans le cas d'empoisonnement rapide. Les vomissements sont un signe d'intoxication avancée, ils précèdent la mort de vingt à trente-cinq minutes chez les animaux expérimentés.

Or l'estomac de M. Tarbé était vide, Madame avait eu des vomissements alimentaires, ce qui tendrait à prouver que Madame a commencé à être intoxiquée bien avant Monsieur, puisque celui-ci a pu terminer sa digestion avant d'être incommodé par le gaz.

Toujours d'après M. Descoust, et pour répondre à M. Lacassagne, qui concluait, de la présence d'un long caillot d'agonie dans le cœur de Madame à l'intoxicaton lente de celle-ci, et de la vacuité du cœur de Monsieur à la mort brusque de ce dernier, on ne peut tirer aucune conclusion précise de la présence ou de l'absence, ni de la consistance des caillots.

En résumé, il n'y a pas de preuve absolue que Mme. Tarbé soit morte avant son mari, mais il y a des présomptions sérieuses de son prédécès. Et, en général, dans ces questions délicates et graves de survie, l'absence de preuve ne saurait dicter aux experts des conclusions trop prudentes et trop réservées. Dr F. Tissot.

Le rapport de MM. Brouardel et Ogier vient d'être publié dans le *Bulletin de la Société de Médecine légale* de France, numéro de novembre 1904. Celui de M. Descoust, non encore publié, sera reproduit dans un prochain *Bulletin* de la même Société.

On trouvera le rapport de M. Lacassagne, la critique par cet auteur des expériences de M. Descoust, ainsi que le jugement qui termina l'affaire Tarbé des Sablons dans les *Archives d'anthropologie criminelle*, année 1903. F. T.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS.

Séance du jeudi 15 décembre 1904.

Sur une disposition particulière d'un œuf abortif.

M. Maygrier présente un œuf où l'embryon contenu dans un sac amniotique semble pendu à la masse placentaire contenant elle-même un gros caillot sanglant.

M. Bar croit qu'il y a là une des conséquences de l'insertion de l'œuf dans une des cornes utérines.

Deux cas d'hydrocéphalie.

M. le Jemtel. — L'un de ces cas fut diagnostiqué pendant la grossesse, et l'autre seulement pendant l'accouchement. L'enfant se présentait par l'épaule, l'utérus étant cordiforme.

Volumineuse hernie congénitale opérée immédiatement après la naissance.

M. le Jemtel. — Remontant à la période embryonnaire, cette tumeur mesure 7 cent. de haut. On intervient sitôt après la naisssance. le foie est contenu tout entier dans la hernie. On suture la paroi en un seul temps. L'enfant guérit.

Sur un cas de bassin fendu.

M. Chambrelent. — Il s'agit d'un cas de bassin fendu, avec atrophie de la vessie, et prolapsus de l'utérus, au cours même du travail ; l'enfant est extrait artificiellement, la malade guérit.

Deux cas de rupture utérine au cours du travail.

M. Boissard. — Chez l'une des deux femmes, il y avait utérus malformé, chez l'autre une présentation de l'épaule. Dans le 1er cas, il s'agissait d'une rupture latente, qui pouvait être soupçonnée, mais non affirmée. L'hystérectomie fut faite dans les 2 cas, mais les malades succombèrent. M. Boissard estime cependant que c'est là le procédé de choix.

M. Demelin estime que les grands délabrements sont la conséquence de l'accouchement par les voies naturelles ; avant, la rupture n'était qu'esquissée. Aussi, quand le fœtus est encore *in utero*, faut-il avoir recours, de préférence, à la laparotomie.

De la taille latéralisée du pubis.

M. Gigli. — La symphyséotomie n'est pas une opération correcte, car elle ouvre une articulation, et se fait dans une zone dangereuse (voisinage de la vessie, du vagin, des plexus prévésicaux). Aussi vaut-il mieux couper l'os lui-même, ce qui est beaucoup moins dangereux. Jusqu'à présent les résultats ont été excellents, puisque sur 50 cas d'opérations, il n'y a eu que 5 morts, dont deux ne sont nullement imputables à l'opération.

Valeur pronostique du liquide céphalo-rachidien sanglant dans l'éclampsie.

MM. Maygrier et Baldenwek. — Dans un cas, les auteurs ont retiré un liquide mêlé de sang ; on peut rapprocher de ce cas 2 autres publiés : le nouveau cas ne fut pas mortel contrairement aux deux premiers. On ne peut donc pas retirer de cette constatation une signification séméiologique absolue.

Sur un cas de dystocie par rétraction de l'anneau de Bandl et insuccès du basiotribe.

M. Vallois. — Le basiotribe ayant échoué, on appliqua le cranioclaste, mais la malade mourut avant la fin de l'intervention.

Sur une disposition particulière du vernix axosa chez un nouveau-né.

M. Bar. — Le vernix recouvrait toute la peau, il n'en put être détaché par les lavages ; on le laissa sécher en place, et il se détacha par plaques. Cyrille Jeannin.

Concours de médecin des hopitaux et hospices civils de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 27 février 1905, à midi, dans la Salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49. MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, service du personnel, du lundi 23 janvier au samedi 11 février inclusivement, de midi à trois heures. Le nombre des places d'admissibles mises au concours sera annoncé aux candidats lors de la première séance, ce nombre ne pouvant être établi qu'après la fermeture du registre d'inscription. A cet effet, les ciandidats dispensés du concours d'admissibilité devront se faire inscrire en vue du concours d'admission dans les mêmes délais que les candidats au concours d'admissibilité, savoir du lundi 23 janvier au samedi 11 février inclusivement, de midi à 3 heures.

REVUE DES MALADIES DU LARYNX

I. — Le syndrome adénoïdien. Ozène. Végétations adénoïdes. Appendicite chronique, par J. DELACOUR. (Paris ; Maloine, 1904).

L'ozène caractérisé par l'atrophie des cornets n'est-il pas une affection dont la première phase serait caractérisée par un catarrhe hyperplastique, comme l'ont soutenu Zuckerkandl Grove, Couétoux, Moure et nous-même, c'est ce que l'auteur croit.

A ce processus atrophique, il faut rattacher certaines anomalies osseuses siègeant au niveau de la voûte palatine et des dents et signalées comme étant une manifestation des végétations adénoïdes.

L'appareil de la vision présente aussi chez l'ozéneux des lésions des parties externes (phlegmon du sac lacrymal, epiphora, conjonctivites, iritis) ou des parties profondes (choroïdite, staphylome).

L'ozène a une prédilection pour les derniers venus de certaines familles, les filles principalement, chez lesquelles on rencontre aussi fréquemment de la gourme, de la leucorrhée de la chlorose.

L'auteur passe en revue les diverses théories émises : théorie de l'ulcération, théorie sinusienne, théorie microbienne, théorie anatomique, theorie constitutionnelle.

Chez les ozéneux, les urines se montrent toujours hypotoxiques, les malades présentent les petits signes du brightisme, ils ont des céphalées fréquentes, des bourdonnements d'oreilles, de légers vertiges, ils sont très sensibles au froid, agités au moment de s'endormir par des secousses quelquefois très fortes, localisées aux jambes et aux bras, ils souffrent de crampes dans les mollets et les cuisses, ils ont de fréquentes démangeaisons, des fourmillements dans les mains, de l'engourdissement des pieds ; ils traversent fréquemment des périodes d'asthenie.

L'ozénique est un intoxiqué. Son intoxication dans le présent se traduit par la composition spéciale des urines, par leur faible toxicité. La bifidité des cheveux et des poils, les zones de dépigmentation et la forme des ongles, la tendance aux pelades, la carie dentaire, les éruptions acnéiformes en sont encore autant de signes.

La rhinite hypertrophique chronique n'est que le prélude de l'atrophie. Toute hypertrophie chronique de la muqueuse nasale coïncidant avec les symptômes et évoluant sur le terrain décrit précédemment est de nature ozénique.

L'auteur considère également que l'hypertrophie puis l'atrophie du tissu adénoïde sont les expressions successives d'un même état constitutionnel, des lésions d'ordre tropho-neurotiques.

La constatation, chez l'ozénique et le végétant, de certains troubles de l'appareil digestif tels que l'exagération ou la diminution des sécrétions et de la motricité gastrique, la constipation fréquente, l'entérite muco-membraneuse, ont amené le Dr Delacour à s'occuper de l'appendice dont la constitution anatomique lui a suggéré l'idée que ce diverticule pourrait bien être soumis aux mêmes influences que la muqueuse rhino-pharyngée.

L'examen du nez et du pharynx ont permis à cet auteur de reconnaître que la muqueuse de ces organes n'est jamais normale chez les appendiciques. Ces troubles du tissu adénoïde seraient la conséquence d'une insuffisance relative de la glande thyroïde.

Le traitement de ce syndrome adénoïdien doit tendre à relever la dépuration urinaire et à abaisser par suite la toxicité du sérum sanguin. Les purgatifs et le régime lacté modifient avantageusement ces deux facteurs. On peut aussi essayer l'épreuve de l'opothérapie thyroïdienne qui semble donner des résultats encourageants.

II. — Sinus et sinusites maxillaires ; par DE CROËS. (Paris, A. Maloine, édit., 1902.)

Ce livre, dû à la plume d'un chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris, est un résumé du livre bien connu de Zuckerkandl, sur les sinus maxillaires. Malheureusement, il abonde d'erreurs ; outre que la plupart des noms propres sont écrits incorrectement, ainsi : Schmitz et Moritz (Moritz Schmidt), pour n'en citer qu'un seul, les idées que l'auteur prête à Zuckerkandl (qu'il considère comme un rhinologiste) sont frequemment en contradiction formelle avec ce qu'a écrit le professeur d'anatomie de Vienne.

Il est de fait que notre confrère n'a pas de chance ; les uns l'accusent de mettre toutes les maladies du sinus sur le compte des affections des dents ; les autres, au contraire, lui font le reproche d'être un rhinologiste qui ne voit que l'étiologie nasale dans les sinusites maxillaires.

Dans l'anatomie, M. de Croès confond paroi et face, ce qui ne rend pas toujours claire sa description. Pourquoi veut-il créer le mot bulle ethmoïde et ne pas lui laisser son nom de bulle ethmoïdale !

Le chapitre ayant trait aux rapports des dents avec les sinus n'est que la copie de la thèse de Bourgeois ; d'autres travaux ont cependant été publiés sur ce sujet, par Pietkiewitz, entre autres.

Le chapitre ayant trait aux vaisseaux et aux nerfs est incomplet. La deuxième partie est consacrée à l'étude de la pathologie.

« Nous entendons, dit l'auteur, par sinusite, tout état pathologique qui, quel qu'il soit, atteint la membrane de revêtement du sinus maxillaire... Cette affection a reçu de nombreuses nominations (*sic*) ; pour les uns, ce fut un catarrhe de l'antre, pour d'autres, un abcès, d'autres en firent un empyème... Le catarrhe du sinus n'étant que l'irritation simple de l'antre, ce terme ne peut être qu'absolument spécial à ce cas. Il en est de même pour le mot *abcès*, lequel semble tout à fait impropre, car il indique un tissu qui s'abcède eu un ou plusieurs points... Quant au mot *empyème*, il n'est pas plus juste, car il n'y a pas d'épanchement, à proprement parler. . Tandis que le mot *sinusite* indique toutes les affections en général qui peuvent frapper cette cavité, à quelque degré que soit l'infection... »

Zuckerkandl, à propos de l'étiologie, a écrit que la muqueuse des sinus s'enflamme à la suite des affections des os maxillaires et peut aussi devenir malade à la suite de la carie des dents et de l'apophyse alvéolaire, et il cite une série d'observations. « Je n'ai jamais nié l'origine dentaire de l'empyème, écrit le professeur viennois ; cela eût été ridicule, car la relation intime entre l'appareil dentaire et le sinus fait, *a priori*, penser à cette origine et, depuis Highmore, on a rapporté assez de cas probants dus à cette cause ». Ce qui n'a pas empêché M. de Croès de dire que les quelques observations que Zuckerkandl émet à l'appui de son opinion sont loin d'être concluantes, et l'on devine bien l'inspection du rhinologiste qui ne voit partout que l'étiologie nasale.

Quant au procédé opératoire, l'auteur conseille les lavages de l'ouverture alvéolaire dans la sinusite catarrhale et phlegmoneuse et le curetage *partiel* ou total dans la sinusite fongueuse, procédés qui sont loin d'être en rapport avec l'état actuel de la science.

III. — Comment on défend son larynx ? La lutte par le bon fonctionnement de la parole et du chant ; par M. FAIVRE. (Paris, Edition médic., 1904.)

Notions élémentaires d'anatomie, examen laryngoscopique, puis fonction de l'appareil phonétique (respiration, effort, déglutition, phonation), formation de la voix, avec quelques lignes sur les affections de l'organe de la parole, de leur traitement, registres, mécanisme du chant, maladies du chanteur, son régime ; *réduction* (*sic*) ou plutôt, je pense. rééducation de la voix par l'orthophonie, tels sont les chapitres qui sont traités dans ce livre de 40 pages, mis à la portée de tous.

ERRATUM. — Nous avons reçu la rectification suivante :

Monsieur le Rédacteur en chef,

Dans ma communication du 6 décembre dernier, à l'*Académie de médecine* sur l'action des « *Ferments métalliques* », il s'est glissé une erreur de copiste qu'il est nécessaire de rectifier.

Au lieu de « *L'injection est suivie pendant quelques heures d'une leucocytose véritable* »..., il faut lire : « d'une LEUCOLYSE véritable ». — Veuillez agréer, etc. Albert ROBIN.

BIBLIOGRAPHIE

Traitement des maladies du cœur par l'adonis vernalis, pour remplacer la « digitalothérapie chronique » (1); par le docteur Mutterer, de Mulhouse.

L'auteur commence par rappeler que Kussmaul (en 1899), et d'autres (Sahli, Groedel, Naunyn, Goldscheider, etc.) (2), ont préconisé l'emploi prolongé de la digitale à petites doses. Cette méthode a cependant des adversaires, moins en raison des dangers d'accumulation qu'à cause de la nécessité d'une surveillance régulière et continue. Si cette surveillance est impossible, il est mieux de recourir à d'autres remèdes entre autres à l'*adonis vernalis*.

Cette plante renferme un glycoxide, l'*adonidine* (!), dont l'action sur le cœur est absolument semblable à celle de la digitale, sans pourtant présenter constamment, dans la pratique, la même sécurité ni la même intensité. Cette dernière restriction ne legitime pas l'oubli où est tombée en ces derniers temps l'adonis vernalis, et M. Mutterer appuie a réhabilication de ce médicament sur deux observations détaillées, faites à l'hôpital municipal de Mulhouse. Ses conclusions sont les suivantes :

1° L'adonis vernalis a des propriétés identiques à celles de la digitale, quoique plus faibles dans la plupart des cas ; 2° l'adonis a sur la digitale, l'avantage de n'offrir aucun danger d'accumulation, et de pouvoir être administrée pendant longtemps sans motiver une surveillance spéciale ; 3° la dose et le mode d'emploi consistent en 3 à 4 grammes de feuilles d'adonis vernalis à faire infuser dans 200 c.c. d'eau et à prendre par cuillerée à bouche toutes les deux heures.

P. Cornet.

VARIA

Circulaire du ministre de la justice à propos de l'expertise médicale dans les cas d'accidents du travail.

« Dans une disposition complémentaire, ajoutée à l'article 17 de la loi du 9 avril 1898 sur la responsabilité des accidents du travail, la loi du 22 mars 1902 dispose que :

« Toutes les fois qu'une expertise médicale sera ordonnée, « soit par le tribunal ou par la Cour d'appel, l'expert ne « pourra être le médecin qui a soigné le blessé, ni un mé- « decin attaché à l'entreprise ou à la Société d'assurance à « laquelle le chef d'entreprise est affilié. »

Je suis informé que, malgré cette prohibition, certains magistrats continuent à désigner, pour les renseigner sur l'état de la victime, des médecins attachés à l'établissement où l'accident s'est produit ou à la Compagnie d'assurances appelée à garantir le patron. Je vous prie de vouloir bien rappeler aux magistrats de la Cour d'appel, des tribunaux civils et aux juges de paix de votre ressort, la prescription du quatrième paragraphe de l'article 17 nouveau de la loi du 9 avril 1898. Vous aurez soin de faire observer, en même temps aux magistrats cantonaux que la disposition dont il s'agit vise aussi bien le cas où ils sont chargés de statuer, comme juges, sur les questions d'indemnité journalière, conformément à l'article 15 de la loi de 1898, que celui où ils procèdent à l'enquête prescrite en cas d'incapacité permanente, et où ils ont à faire simplement examiner le blessé par l'application du troisième paragraphe de l'article 13 de la même loi. »

Cette circulaire du garde des sceaux remédie à un abus contre lequel les syndicats médicaux n'avaient cessé de protester.

Troisième congrès international d'électrologie et de radiologie médicales. (Amsterdam, septembre 1903.)

Le comité d'organisation du 3e Congrès international d'électrologie et de radiologie médicales a cru devoir ajourner jusqu'en 1908 la session prochaine du congrès, qui aurait dû avoir lieu en 1905 à Amsterdam. Cet ajournement a été tout indiqué afin d'éviter d'avoir deux congrès traitant le même sujet dans le cours de la même année. La Société de radiologie à Berlin a pris l'initiative de célébrer le dixième anniversaire de la découverte de Röntgen par un congrès international de radiologie à Berlin sous la présidence de l'illustre savant. Notre comité, convaincu que tous les membres de notre congrès ne désirent pas mieux que de rendre hommage au professeur Röntgen, a cru agir en accord avec leurs idées en favorisant le congrès de Berlin et en contribuant autant que possible au succès de la fête en honneur de l'anniversaire de la découverte des rayons X. Cette considération nous a imposé la nécessité d'ajourner notre congrès. Ce n'est qu'après ample discussion que la date de 1908 a été fixée.

Le Comité d'organisation : Prof. Dr. J. K. A. Wertheim Salomonson, *Président* ; Dr D. Mac Gillavry, *Secrétaire général.*

NÉCROLOGIE

M. LE Dr LECORCHÉ

Ancien Médecin des Hôpitaux. Professeur Agrégé.

Nous avons le regret d'annoncer la mort subite, à l'âge de 75 ans, de M. le Dr Lecorché, ancien medecin des hôpitaux et agrégé de la Faculté de médecine de Paris. Bien que retire depuis de longues années du monde médical parisien, où il avait tenu jadis un rang distingué, ses travaux très appréciés sur la goutte (1886), sur le diabète (1884-1894), sur les maladies du rein et le mal de Brigh, en particulier (1875-1888), sont universellement connus.

M. le Dr Lecorché, élève de Rayer, avait passé en 1873 une thèse d'agrégation sur les *lésions athéromateuses des artères*. Il resta longtemps médecin de la Maison Municipale de Santé, démissionna pour cause de maladie avant d'être atteint par la limite d'âge, et se retira à Saint-Mards-en-Othe (Aube), où il vient de mourir.

Actes et thèses de la Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat.— *Mercredi, 28 décembre 1904*, à 1 heure. — *Puyo :* Des névrites puerpérales ; MM. Pinard, Terrier, Landouzy, Teissier. — *M. Tzatcheff* : Contribution à l'étude clinique des ostéomyélites chroniques à foyers multiples ; MM. Terrier, Pinard, Landouzy, Teissier. — *M. Bassuet* : La descendance des tabétiques ; MM. Landouzy, Pinard, Terrier, Teissier.

Jeudi, 29 décembre 1904, à 1 heure. — *M Koltitsch* : Les alcaloïdes des solanées vireuses ; étude chimique et physiologique des tropéines. La scopolamine ; MM. Pouchet, Berger, Hutinel, Launois. — *M. Roland* : Contribution à l'étude des déviations latérales et des modifications d'accroissement des os dans la tumeur blanche du genou ; MM. Berger, Pouchet, Hutinel, Launois. — *M. Réfik* : Les faux cardiaques : MM. Hutinel, Pouchet, Berger, Launois.

Examens de doctorat. — *Mardi, 27 décembre 1904.* — 5e (Chirurgie, 1re partie, 1re série) : MM. Guyon, De Lapersonne, Marion. — 5e (Chirurgie, 1re partie, 2e série) : MM. Pozzi, Auvray, Morestin.— 5e (2e partie) : MM. Dieulafoy, Thiroloix, Gouget.

Mercredi, 28 décembre 1904. — 2e : MM. Gariel, Ch. Richet, Branca. — 3e (1re partie, Oral) : MM. Reclus, Retterer, Potocki. — 3e (2e partie, Oral) : MM Blanchard, Roger, Labbé (Marcel). — 4e : MM. Pouchet, Gaucher, Desgrez. — 5e (2e partie) : MM. Hayem, Déjerine, Claude.

Jeudi, 29 décembre 1904.— Médecine opératoire : MM. Le Dentu, Thiéry, Marion. — 3e (2e partie) : MM. Cornil, Jeanselme, Maillard. — 4e : MM. Chantemesse, Vaquez, Dupré.

Clinique du prof. Galezowski, 41, rue Dauphine. — A partir du 10 janvier 1905, MM. les Drs Jean Galezowski et A. Beauvois commenceront une série de conférences pratiques sur les maladies des yeux et les principales opérations. Cette deuxième série comprendra douze leçons. Pour s'inscrire, s'adresser au Dr Beauvois, 41, rue Dauphine.

(1) *Zur Behandlung von Herzkrankeiten mit Adonis vernalis, als Ersatz der sagen. chronischen Digitalisthérapie* (tirage à part de la « *Thérapie der Gegenvart* », octobre 1905).
(2) XIXe congrès de médecine interne, 1901.

FORMULES

XXXII. — Contre la pleurodynie.

Frictions avec la pommade :

Vaseline	10 grammes.
Lanoline	10 —
Gaïacol cristallisé	5 —
Menthol	5 —

Recouvrir de taffetas gommé et fixer.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la Leucorrhée par l'Hélénine.

Jusqu'à l'importation en Europe du quinquina, le vin d'Aunée a été administré comme tonique eupeptique et surtout emménagogue. S'il faut en croire les relations des anciens thérapeutes, ses succès dans la leucorrhée sont constants. Le vin à l'Hélénine, au malaga d'origine, a sur l'ancien vin d'Aunée la supériorité de ne contenir que le principe actif de la plante en dissolution dans un vin vieux et généreux. Plusieurs centaines d'observations recueillies dans le dispensaire du Dr Hamonic et consignées dans la thèse du Dr Parisot prouvent que lorsqu'on l'administre dans la leucorrhée, la guérison est la règle. L'Hélénine mouche, selon l'expression pittoresque du professeur Pajot, le col de l'utérus.

Deux verres à liqueur par jour du tonique à l'Hélénine du Dr de Korab.

NOUVELLES

Natalité de Paris. — Du dimanche 4 novembre au samedi 10 décembre 1904, les naissances ont été au nombre de 985, se décomposant ainsi : légitimes 701, illégitimes 284.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 907, savoir : 472 hommes et 435 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 4. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 1. — Variole : 0. — Rougeole : 2. Scarlatine : 1. — Coqueluche : 3. — Diphtérie et Croup : 3. — Grippe : 1. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 3. — Tuberculose des poumons : 198. — Tuberculose des méninges : 20. — Autres tuberculoses : 13. — Cancer et autres tumeurs malignes : 59. — Méningite simple : 18 — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 41. — Maladies organiques du cœur : 44. — Bronchite aiguë : 19. — Bronchite chronique : 18. — Pneumonie : 44. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 116. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 4. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 5 ; autre alimentation : 14. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 4. — Hernies, obstruction intestinale : 11. — Cirrhose du foie : 11. — Néphrite et mal de Bright : 29. — Tumeurs non cancereuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 2. — Septicémie puerpérale (fièvre, péritonite, phlébite puerpérale) : 4. — Autres accidents puerpéraux de la grossesse et de l'accouchement : 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : 24. — Débilité sénile : 47. — Morts violentes : 23. — Suicides : 13. — Autres maladies : 113. — Maladies inconnues ou mal définies : 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 78, qui se décomposent ainsi : légitimes 54, illégitimes 24.

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés *chevaliers de la Légion d'honneur*. — MM. les Drs Petit (Aimé-Guillaume) médecin à Paris, Rétali (Pierre-Paul) maire de Sannois (S-et-O).

Asiles de la Seine. — M. le Dr Taguet (Henri-François-Victor), médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Maison-Blanche (S.-et-O.) est admis à faire valoir ses droits à la retraite et est nommé médecin en chef honoraire des asiles publics d'aliénés.

Dentiste des asiles. — M. Touchard, dentiste adjoint à l'Asile clinique, a été nommé dentiste audit asile en remplacement de M. Poinsot, décédé.

Médecin de l'état civil. — M. le Dr Lavallée, médecin à Paris, a été nommé médecin de l'état-civil du 3e arrondissement, en remplacement de M. le Dr Lhuillier, démissionnaire.

Syndicat des Médecins de la Seine. — Le Syndicat a tenu son Assemblée générale annuelle le 27 novembre 1904. En présence de la prospérité de tous les services du Syndicat : Recouvrements, Caisse de défense, Bureau d'assurances, Coopérative, a été décidée la création, sous ses auspices, d'une Assurance mutuelle vie et d'une Assurance mutuelle accidents entre Médecins syndiqués.

Le bureau pour 1905 est ainsi composé : M. Séailles, président ; MM. Gourichon et Rotillon, vice-présidents ; Bellencontre, secrétaire-général, Noir, trésorier ; MM. Antheaume, Levassort, Diverneresse, Vimont, Hélouin, Tripet, Poirier, J. Mallet, Régeard, Scbileau, G. Weil, Lecerf (d'Asniéres), Billon, Dally, Lamouroux, Vallat.

Ecole de médecine de Nantes. — Un concours s'ouvrira le 19 juin 1905 devant l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes pour l'emploi de chef des travaux de chimie à la dite école.

Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes. — *Concours pour un emploi de chef de travaux de physiologie.* Les chefs des travaux sont nommés pour neuf ans, leur traitement annuel est de 2.000 fr. ; ils prennent une part active à l'enseignement, ils font des conférences et dirigent les travaux. Par arrêté ministériel en date du 27 octobre 1904, un concours sera ouvert devant l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes le 1er mai 1905, pour un emploi de chef des travaux de physiologie à cette École.

Concours pour un emploi de chef de clinique médicale. — Les chefs de clinique sont nommés pour deux ans, ils reçoivent une indemnité annuelle de 800 francs. Par décision rectorale en date du 28 octobre 1904, un concours sera ouvert devant l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes, le 9 octobre 1905 pour un emploi de chef de clinique médicale.

Géographie souterraine (spéléogie, 6e année), le mardi, à 4 heures. (Amphithéâtre de géologie, entrée : place de la Sorbonne), par M. E. A. Martel, auditeur au Comité consultatif d'hygiéne publique. — *Programme du cours* : Gouffres et cavernes du Somerset (Mendip-Hils ; Angleterre). Circulation des eaux souterraines dans la craie (Champagne, Normandie, etc.). Les troglodytes actuels (Ezy, Trôo, etc.). Les eaux alimentaires de Paris (Vanne, Dhuis, Avre, Loing, Lunain) ; leur contamination et leur protection. Érosion et cavernes des grés (Fontainebleau, Corrèze, etc.). La Côte d'Or (Trou de Souci). Le lapiaz de Chabrières (Hautes-Alpes). Soréze et Sidobre (Tarn), Minerve (Hérault). Cavernes des Pyrénées françaises (Bétharram, Lombrive, Gargas, etc.). —Le cours commencera le mardi 13 décembre 1904, à 4 heures. — Projections photographiques.

Chronique des hôpitaux.

Concours de l'internat. — L'ouverture du concours a eu lieu le 19 décembre. *Sujet de la composition écrite* : Anatomie macroscopique du nerf radial et de ses branches au-dessous du plexus brachial. — Signes et diagnostic du tabes. — 427 copies ont été remises. — Le jury s'est divisé en deux sections pour la lecture des copies. — *Section d'anatomie* : MM. Lany, Lion, Thiéry, Chaput, Macé. — *Section de pathologie* : MM. Moutard-Martin, A. Renault, Babinski, Delbet, Marion.

Conférences d'internat. — MM. L. Alquier, chef de laboratoire à la Salpêtrière, Bailleul et Pécharmant, internes à l'hôpital Saint-Louis, reprendront prochainement leur conférence privée d'internat.

Enseignement pratique des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx. — Le Dr M. Lermoyez, médecin des Hôpitaux, chef du service oto-rhino-laryngologique de l'Hôpital Saint-Antoine, avec le concours de ses assistants, MM. Léon Bellin et Paul Laurens, commencera le *mardi 10 janvier* 1905. un Cours pratique de technique et de thérapeutique oto-rhino-laryngologiques. Ce cours aura lieu tous les jours à 8 h. 1/2 du matin. Il sera complet en 30 leçons. Les élèves seront individuellement exercés au maniement des instruments. Le nombre des places étant limité, prière de s'inscrire d'avance dans le service auprès de M. le Dr Bellin.

POSTE MÉDICAL. — Médecin étranger, connaissant douze langues, désirerait faire valoir ses connaissances médicales et de linguiste dans rédaction de journaux ou dans toute autre situation. *Ecrire ou s'adresser au Bureau du Progrès Médical.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie JULES ROUSSET
1, rue Casimir-Delavigne.

STRAUSS (Paul) et FILLASSIER (Alfred). — Loi sur la protection de la santé publique. 1 vol. In-8° de 496 pages. Prix...... 10 fr.

Librairie F.-R. de RUDEVAL
4, rue Antoine-Dubois.

NOWENDAM (H.). — La neurasthénie étudiée aux points de vue médical, philosophique et social. 1 vol. In-18 de 48 pages. Prix............ 1 fr. 25

Librairie G. STEINHEIL
2, rue Casimir-Delavigne.

TERRIEN (F.). — Syphilis du fond de l'œil et de ses annexes. 1 vol. In-16 de 316 pages avec fig. Prix.......... 4 fr.

GUILLEMINOT (H.). — Electricité médicale. 1 vol. In-16 de 656 pages avec fig. Prix.......... 10 fr.

Librairie MASSON et Cie
120, boulevard Saint-Germain.

PROUST (Robert).— Chirurgie de l'appareil génital de la femme, 1 vol. In-8° de 244 pages avec grav. Prix.......... 4 fr. 50

RÉNON (Louis). — Les maladies populaires. 1 vol. In-8° de 480 pages. Prix.......... 6 fr.

WEISS (G.). — Précis de physique biologique. 1 vol. In-8° de 528 pages cart., Prix.......... 7 fr.

Librairie A. MICHALON
26, rue Monsieur-le-Prince.

HENRY (Narcisse). — Contribution à l'étude des rechutes dans la scarlatine. 1 vol. In-8° de 80 pages. Thèse de Paris.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE
19, rue Hautefeuille.

LEVRAUD. — Notions nouvelles et pratiques d'allaitement, de sevrage et de traitement des maladies du nouveau-né. 1 vol. In-16 de 114 pages. Prix.......... 2 fr.

Librairie O. DOIN
8, place de l'Odéon.

POULIOT (Léon). — Des accidents qui compliquent les maladies du cœur au cours de la grossesse. 1 vol. In-8° de 136 pages. Prix.......... 3 fr. 50

ROTHSCHILD (H. de). — Traité d'hygiène et de pathologie du nourrisson et des enfants du premier âge. 1 vol. In-8° de 725 pages avec fig. et planches. Prix.......... 15 fr.

VIENT DE PARAITRE

En vente aux bureaux du PROGRÈS MÉDICAL.

BOURNEVILLE. — **Les écoles d'infirmières de Paris 1903-1904.** In-8° de 104 pages.

LAFARGE (Georges). — **Une consultation à Bicêtre.** 1 vol. In-8° de 104 pages, avec fig. dans le texte.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

IMPRIMERIE DAIX FRERES, CLERMONT (OISE).
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

33e ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XX. N° 53. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 31 DÉCEMBRE 1904

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Etude sur la fièvre aphteuse épidémique chez l'homme et sa parenté avec la grippe et d'autres affections ;

Par le Dr Gabriel **ARTHAUD**.

Nous avons, dans deux mémoires antérieurs, essayé de montrer que depuis quatre à cinq ans environ, par conséquent depuis l'apparition de la fièvre aphteuse chez les animaux, il s'était établi chez l'homme en France et à Paris puis progressivement en Algérie et en Tunisie, une épidémie parallèle caractérisée par des symptômes trop voisins de ceux observés chez les animaux pour qu'il fût possible de nier l'identité des deux affections. Les premiers cas qui se sont montrés offraient des aspects trop particuliers pour ne pas frapper l'attention d'un observateur quelconque. Ils étaient d'ailleurs trop semblables à ceux déjà décrits sous le nom de stomatite ulcéro membraneuse, pour pouvoir en apparence présenter le moindre intérêt pour l'étude. Malgré cela, la gravité des symptômes généraux, la gêne considérable qu'ils occasionnaient, étaient de nature à réclamer de la part du praticien soigneux, une révision plus sérieuse d'une affection qui passe pour relativement rare, bien que les descriptions données, au moins en Allemagne, aient été très nombreuses. C'est en procédant à cette révision des travaux antérieurs sur ce sujet que nous avons été frappé de la coexistence avec la stomatite de symptômes généraux et locaux moins apparents, mais aussi constants que ceux qui se présentent du côté de la cavité buccale. C'est ainsi que nous avons pu voir des cas dans lesquels la stomatite aphteuse ou ulcéro-membraneuse se présentait sous l'aspect d'une fièvre éruptive, à marche cyclique bien spéciale, absolument semblable dans sa marche à la fièvre aphteuse des animaux.

Ces premiers cas étaient en général des *purpuras infectieux* dans lesquels, avec coexistence de lésions buccales, survenaient des érythèmes hémorrhagiques légèrement polymorphes et très curieux dans leurs aspects. A côté de ces purpuras infectieux, à mesure que l'épidémie s'est disséminée, à mesure aussi que les lésions buccales diminuaient d'importance, nous avons vu surgir de nouveaux cas dans lesquels un exanthème en apparence un peu dissemblable se montrait. Cet exanthème, toujours nettement lié à la stomatite, affectait le type des exanthèmes *rubéoliformes* avec éruption vésiculeuse et zone érythémateuse autour de chaque vésicule.

En comparant ces cas avec les premiers, il était facile de se rendre compte qu'entre le purpura infectieux de certains malades et les rubéoles de certains autres, une parenté étroite existait. En effet, non seulement on constatait que si l'élément maculeux était la règle dominante dans les formes hémorrhagiques, il se montrait cependant à peu près toujours accompagné d'une éruption vésiculeuse concomitante ; mais encore on pouvait voir, dans certains cas mixtes, l'érythème entourant chaque vésicule se transformer progressivement en macule hémorrhagique.

La similitude de la marche de l'affection dans les deux cas, la courbe thermique, ne pouvaient permettre de conserver le moindre doute sur l'identité des deux affections. Aussi, dans notre premier mémoire, avions-nous confondu ces deux formes et, en raison de la conformité absolue existant entre les descriptions des

vétérinaires et l'histoire de cette affection chez nos malades, avions-nous conclu à l'existence de la fièvre aphteuse à l'état sporadique chez l'homme, non pas comme le professeur Proust et ses élèves l'ont signalé antérieurement, à l'état de cas exceptionnels, mais avec une fréquence et une abondance assez inquiétantes pour rendre utiles des mesures prophylactiques plus rigoureuses que celles existant déjà. Poussant plus loin nos investigations, nous avions pu constater des épidémies de maison malgré les difficultés d'une semblable enquête en raison des intérêts en jeu.

Malgré l'intérêt de premier ordre que présentaient ces recherches, la plupart des praticiens n'ont pas voulu ou su comprendre la portée de cette question, et nous avons vu se produire fréquemment les mêmes erreurs de diagnostic. Tantôt on incriminait (c'est le cas du malade dont nous avions photographié l'éruption), une intoxication alimentaire, tantôt on classait ces faits dans le cadre des scarlatines ou des rougeoles suivant la prédominance de l'exanthème ou de l'éruption vésiculeuse ; tantôt enfin l'éruption étant discrète, on soupçonnait la fièvre typhoïde ou la grippe intestinale, si les symptômes buccaux étaient légers et l'éruption discrète. Rarement nous avons vu faire le diagnostic vrai de *rubéole* qui eût été cependant le plus exact et le plus conforme aux données classiques. Ayant constaté après la publication de notre premier travail (février 1901, *Progrès médical*) que nul praticien n'avait essayé de se rendre compte de la véritable signification de ces cas morbides si abondants cependant et si faciles à distinguer, nous avons cru devoir, en juin 1902, publier une nouvelle étude sur cette question pour mieux mettre au point certains détails de l'histoire clinique de cette affection et détruire si possible cette erreur que le professeur Proust et ses élèves, que Josias même, dans une communication postérieure à notre premier mémoire, tendaient à accréditer, à savoir : la rareté de semblables exemples. Nous avons donc décrit à nouveau la marche clinique de la *fièvre aphteuse épidémique* chez l'homme, en précisant davantage les termes du problème clinique que nous tentions de résoudre. C'est ainsi que nous décrivions la fièvre aphteuse humaine comme caractérisée par une marche cyclique régulière qui est la suivante :

1° Début par de la céphalalgie, de la rachialgie et des troubles gastro-intestinaux comme signes fonctionnels ;

2° Au 3e ou 4e jour, coïncidant avec le summum de la fièvre concomitante, effort éruptif se traduisant tantôt par le purpura infectieux déjà décrit, tantôt par l'éruption vésiculeuse et exanthématique rubéoliforme, tantôt par une rougeur diffuse de la peau que la pression de la main mettait en évidence. Dans les cas où cette affection faisait ou semblait faire défaut sur la peau elle se conservait toujours sur les muqueuses sous une forme nettement caractéristique : gonflement des lèvres, rougeur de la gorge, légère angine très douloureuse ;

3° Au 5e ou 7e jour, l'éruption exanthématique ou vésiculeuse, après une légère régression de la fièvre suivie d'une légère exacerbation se modifiait pour donner lieu à l'apparition de l'*aphte*, lésion caractéristique. Les vésicules discrètes ou confluentes s'ulcéraient à leur centre, conservant toutefois leur zone érythémateuse périphérique douloureuse. C'est ainsi que, selon le degré de confluence ou de gravité se produisaient à ce moment les aphtes simples, les stomatites ulcéreuses, les angines diphtéroïdes (angines de Vincent) et même le noma.

Dans les cas les plus atténués, où l'éruption vésiculeuse observée à temps était si peu apparente que l'exanthème prédominait largement, on trouvait néanmoins comme caractères résiduels de son existence trois symptômes essentiels : 1° le pointillé de la langue ; 2° le liseré gingival rouge vif péri-dentaire que Bergeron avait déjà observé et qu'il appelait l'*aphte linéaire* ; 3° l'odeur sui generis, gangréneuse ou butyrique que le malade percevait parfois lui-même et qui se retrouvait en tous les cas, dans les selles noirâtres et fétides provoquées par une diarrhée succédant à la constipation du début ou par l'intervention d'un purgatif ;

4° Progressivement, et au bout de dix à quinze jours sauf complications (méningite, broncho-pneumonie, bronchite fétide, hémorrhagies intestinales, dysenterie, etc.) les troubles régressaient en même temps que la fièvre, mais le plus souvent la maladie récidivait du quinzième au vingtième pour donner une poussée en tout semblable à la première, à la gravité près. Sur certains malades peu privilégiés, cette récidive était suivie d'une seconde, puis d'une troisième, de telle sorte que la maladie avec ses symptômes généraux semblait, avec des alternatives d'augmentation et de décroissance, se poursuivre des mois entiers, entraînant à sa suite des désordres multiples. Non seulement on voyait l'état général empirer, la faiblesse demeurer grande, mais encore il se produisait des troubles nombreux et variés : tantôt du côté du poumon, principalement chez les dilatés bronchiques et les tuberculeux, des bronchites fétides relativement durables et sans réaction notable ; tantôt, chez les cardiaques ou les scléreux, des asystolies à récidive ; tantôt, chez les alcooliques ou les arthritiques, des ulcérations stomacales légères avec crises violentes et douloureuses ; tantôt chez les nerveux et les surmenés, des paralysies partielles, des névralgies, indices de névrites résiduelles. C'est ainsi que l'on voyait se déclarer tantôt des névralgies faciales, sciatiques ; avec ou sans parésie. Dans certains cas même nous avions vu surgir l'astasie-abasie, la méningite spinale, le pseudo-tabes, à guérison plus ou moins lente.

Une autre complication tardive mais importante, en raison de l'orientation des idées modernes, an point de vue de son traitement opératoire, était l'appendicite. Nous ne craignons pas de nous tromper en affirmant que la fréquence de l'appendicite dans ces dernières années est due en majeure partie à la fièvre aphteuse épidémique.

D'ailleurs, il n'est pas de chirurgien qui n'ait pu remarquer, au cours de ses interventions opératoires, l'état spécial de l'intestin enflammé tout autant que l'appendice lui-même dans bien des cas de ce genre.

Après une systématisation aussi complète de la marche et des symptômes de la fièvre aphteuse chez l'homme, il était facile de suivre avec netteté la marche de l'épidémie régnante, non seulement d'après nos observations personnelles, mais encore d'après les données fournies par les publications médicales, car il est facile de se convaincre, en lisant les recueils de ces dernières années, combien sont nombreux les faits de ce genre. Il suffit en les parcourant d'évoquer la question pathogénique à la lumière des données que nous avons fournies, pour comprendre combien il serait avantageux de les ranger sous une rubrique commune,

au lieu de les dissocier sous des appellations aussi variées que possible. Car, il faut bien le reconnaître, pour expliquer ces cas anormaux et singuliers publiés en grand nombre, toute la pathologie a été mise à contribution. La scarlatine, la rougeole, la pneumococcie, l'angine de Vincent, la méningite cérébro-spinale ont servi à expliquer la plupart de ces cas. Mais à côté, depuis la conjonctivite épidémique se rattachant à cette affection, jusqu'aux stomatites toxiques, urémiques ou éruciques, tout a été mis à contribution. Combien il serait plus simple, à notre avis plus exact, de rattacher tous ces faits par un lien commun, en se basant non point sur le symptôme prédominant, mais bien, comme on doit le faire en bonne et saine clinique. sur l'ensemble des symptômes observés, sans donner à l'un ou à l'autre une prépondérance particulière. C'est évidemment, malgré nos efforts, une tendance inverse qui prédomine, et, c'est pour cela que nous désirons revenir une fois de plus sur cette question qui nous apparaît de plus en plus importante, à mesure que notre expérience s'accroît à ce sujet et que nos idées se précisent.

Dans nos deux premiers mémoires, nous avions l'impression dominante que la fièvre aphteuse était une affection épidémique distincte de la grippe, souvent confondue avec elle. Nous avions déjà constaté cependant qu'elle devait se confondre avec la rubéole, avec la méningite cérébro-spinale, avec certaines formes de suette. Aujourd'hui nos opinions premières se sont modifiées, et nous en arrivons à croire que la forme atténuée de la fièvre aphteuse n'est autre que la grippe elle-même. Cette opinion peut surprendre au premier abord, car elle heurte des idées admises ; mais elle nous apparaît comme de plus en plus vraisemblable par l'étude de l'épidémie actuelle, et même nous ajouterons, en compulsant nos souvenirs, par l'étude rétrospective de l'épidémie 1885-1889. Sans doute il est de mode aujourd'hui de dénier toute valeur à un travail d'analyse, et, de ne retenir que ce qui se rattache à un travail de synthèse par les procédés de laboratoire. Mais pour aborder le problème par cette voie, deux difficultés se présentent : la première consiste dans l'ignorance où nous sommes de l'agent pathogène de la fièvre aphteuse, et nos recherches dans cette voie ont été jusqu'à présent infructueuses ; la seconde réside dans la difficulté, même en supposant connu l'agent pathogène, de l'expérimenter sur des animaux appropriés.

Pour ces deux raisons nous en sommes donc réduits dans l'étude de cette question, au procédé plus lent, mais cependant suffisamment instructif, de l'analyse clinique.

Pour obtenir la preuve de la parenté de la fièvre aphteuse épidémique et des diverses affections qu'il convient à notre avis de confondre avec elle, que faut-il démontrer ? Simplement que l'évolution de la maladie est la même dans tous les cas et que les symptômes sont identiques.

Il faut en outre montrer que l'apparition de l'épidémie bovine et l'apparition d'autres affections sont à peu près simultanées.

Or, cette triple démonstration est facile à faire dans tous les cas. Pour ce qui concerne la suette, la méningite spinale et la rubéole et leur parenté avec la grippe, elle ressort de quelques observations fort simples. Les deux grandes épidémies de suette les mieux étudiées en ce siècle en France sont l'épidémie de 1830 et celle de 1885 la plus récente. Ces deux épidémies ont coexisté avec la grippe par conséquent et coexisté en même temps, comme en témoignent les recueils de médecine vétérinaire et les rapporteurs de l'Académie pour l'épidémie de Brie, avec la fièvre aphteuse (chancre au pied).

Pour l'épidémie de 1885 (Poitou) il en est de même. A part le symptôme des sueurs, d'ailleurs très irrégulier, la symptomatologie est identique à celle de la fièvre aphteuse. Notons d'ailleurs que dans cette affection l'éruption s'est montrée parfois accompagnée de sueurs assez abondantes.

Pour la rubéole, la symptomatologie est trop semblable pour qu'il y ait quelque difficulté. D'ailleurs en coexistence avec l'épidémie de grippe de 1885-1889 nous avons pu observer nous-même deux épidémies qui ont été décrites à cette époque. La première a trait au malade dont le professeur Raymond a publié l'observation recueillie dans son service de Saint-Antoine. Nous avons étudié à fond ce malade, comme chef de laboratoire du docteur Raymond, et les symptômes du côté du nez et de la bouche étaient assez nets pour qu'on ait pensé à poser un moment le diagnostic de morve aiguë. La deuxième, l'épidémie de Chaptal, décrite par Sevestre, s'est montrée chez nos élèves, et ayant eu à donner les premiers soins au cas initial et à quelques autres, nous n'avions pu ne pas remarquer les symptômes intestinaux et buccaux, au point que notre première pensée avait été d'attribuer l'éruption naissante à une intoxication gastro-intestinale indéterminée. Il peut donc sembler légitime, puisque en France ces deux descriptions servent de modèle, de se demander si la rubéole et la fièvre aphteuse ne sont pas une seule et même maladie. L'étude de la littérature étrangère ne peut que confirmer cette opinion.

Pour la méningite cérébro-spinale, sa parenté avec la grippe est trop admise pour qu'il soit utile de s'y appesantir. La lecture à cet égard de la statistique médicale de l'armée est suffisamment instructive.

Tous les ans on signale à nouveau la méningite cérébro-spinale comme coexistant avec la grippe et les formes anormales de fièvres éruptives. Par conséquent il n'est pas bien difficile d'étayer de faits nombreux, l'histoire de la parenté plus ou moins étroite de la fièvre aptheuse avec la *suette picarde*, la *rubéole* et la *méningite cérébro-spinale*. Il y a tout au moins parenté étroite, sinon comme nous le croyons, identité totale.

Plus délicate est la question en ce qui concerne la grippe et la dengue. Cependant, quand on envisage d'un peu près les faits observés, on s'aperçoit bien vite que des similitudes existent si nombreuses, qu'il faut tout au moins reconnaître qu'il est très excusable de rapprocher la fièvre aptheuse et la grippe.

Tout d'abord, au point de vue de la marche des épidémies, ne fait-on pas remarquer que c'est à la même époque en 1830 qu'on a décrit la première épidémie de fièvre aptheuse, en même temps que sévissait brusquement chez l'homme le fléau véritable qu'étudiait Magendie dans son cours du Collège de France. Ne sait-on pas que c'est de la steppe tartare, de la Caspienne et de la mer Noire que viennent les deux affections, originaires par conséquent des pays où la dengue est endémique. En 1880-81, la fièvre aphteuse reparaît et bientôt après, précédée par une période d'incubation que nous retrouvons dans l'épidémie actuelle, la grippe se montre et atteint son maximum en 1885, pour durer jusqu'en 1889.

De même actuellement, suivant son trajet ordinaire,

la fièvre aphteuse, venue de l'Est, s'est propagée en France jusqu'à la presqu'île armoricaine où elle avait rarement pénétré.

Sur ses pas et derrière elle la grippe a fait son apparition plus tardivement mais avec une connexité évidente. Donc, de l'étude de ces trois épidémies, les plus importantes du siècle, découle l'opinion nécessaire de la simultanéité de marche de ces deux affections.

Le deuxième point qu'il s'agit de mettre en lumière est l'identité d'évolution. Cette identité ressort jusqu'à l'évidence de la comparaison que l'on peut faire entre les trois affections (dengue, fièvre aphteuse, grippe). Dans les trois cas, c'est la même brusquerie d'invasion, la même allure un peu capricieuse de la fièvre tantôt légère, tantôt forte, avec un état général grave et douloureux. Dans les trois, c'est la période éruptive au 3e jour qui marque le summum de la maladie. Dans toutes les trois on a décrit soit l'éruption exanthématique de la dengue, soit les rash de la grippe à type protéiforme.

C'est enfin la même desquamation furfuracée qui marque la fin de la maladie dont la durée moyenne est identique. Par conséquent, non seulement comme marche des épidémies, la grippe, la dengue, la fièvre aphteuse se ressemblent, mais d'une façon absolue.

Un caractère important de la fièvre aphteuse est sa récidive facile et fréquente. Ce caractère se retrouve lui aussi dans la dengue et dans la grippe que nous connaissons mieux en France. Sans citer de nombreux exemples nous rappellerons le travail du docteur Roussy sur la grippe de 1885-89 et sa faculté de récidive si prolongée chez certains sujets ; travail que nous rappellerons d'autant plus volontiers que nous avons pu nous convaincre nous-même de la réalité des faits rapportés.

Le troisième point qu'il s'agit maintenant de mettre en évidence, est celui de l'identité des symptômes. Ce point est plus délicat, car il exigeait des recherches nouvelles pour noter, s'il y avait lieu, dans la grippe les symptômes signalés par nous comme caractéristiques de la fièvre aphteuse. Les points saillants qui paraissent au premier abord créer une barrière entre la fièvre aphteuse et la grippe sont les suivants : 1° la fièvre aphteuse est une affection à peu près toujours éruptive, la grippe rarement ; 2° la fièvre aphteuse est une maladie à prédominance abdominale, la grippe a, en apparence au moins, une prédominance thoracique.

Cette barrière est-elle absolue ? C'est ce qu'il importe tout d'abord de savoir ; car c'est sur ces divergences que l'on peut fonder le diagnostic différentiel. Sans doute, si on compare les premiers cas qui ont servi de base à notre description première et ceux aujourd'hui courants que l'on désigne sous le nom de grippe, et que nous étiquetons ainsi nous-mêmes, la différence paraît appréciable et la barrière nettement tracée. Mais si, comme nous avons essayé de le faire, on veut sur un grand nombre de cas délimiter exactement et comparativement ce qui appartient à l'une et à l'autre affection, on s'aperçoit bien vite que cela est impossible.

Plus on analyse, plus on voit les divergences s'effacer et les points de contact et de ressemblance s'accuser avec une évidente netteté. Pour celui qui suit avec attention un cas de fièvre aphteuse type chez un malade où les récidives se multiplient, il est facile en raison même de ces récidives de noter les divers aspects que présentent les malades dans les récidives successives.

La première atteinte est typique : tous les symptômes essentiels s'y rencontrent : l'éruption, puis l'ulcération aphteuse accompagnée du liseré, du pointillé, de l'odeur, avec symptômes typhoïdes.

Au bout d'une quinzaine tout rétrocède avec une légère desquamation furfuracée, rarement en petites plaques.

Survient la première récidive accompagnée des mêmes signes ; mais l'éruption est discrète, fugace, à peine vésiculaire, toujours exanthématique, sans desquamation ultérieure. Tout se borne à une indisposition fébrile de quelques jours et n'étaient les symptômes buccaux (liseré, pointillé) et les signes intestinaux (selles noires et fétides) le diagnostic serait impossible.

A la deuxième récidive, l'éruption est absente et il faut, comme dans les scarlatines frustes, chercher par la pression des doigts à mettre en évidence la rougeur diffuse et légère de la peau. Encore faut-il guetter le symptôme, étant donné qu'il est fugace.

Il ne reste plus, à part les symptômes buccaux et intestinaux toujours existants, rien pour caractériser la fièvre aptheuse. Mais ces symptômes, il faut les chercher et nul ne s'en avise ; aussi le diagnostic porté est-il toujours celui de grippe, car les seuls symptômes dont se plaigne le malade sont la toux et la courbature.

En l'absence d'autres indications, ce diagnostic est justifié et le seul caractère différentiel, la triade gastro-intestinale restant méconnue, rien ne peut déceler la véritable nature de l'affection. Par conséquent la fièvre aptheuse initiale quand elle s'atténue, peut présenter totalement les caractères de la grippe, mais l'évolution globale, comprenant toutes les atteintes, prouve jusqu'à l'évidence qu'il s'agit bien de fièvre aptheuse et non de grippe, surtout si l'on y joint l'examen buccal et intestinal indispensable.

Indépendamment du liseré, du pointillé lingual, et de l'odeur, un autre caractère déjà noté pour la suette par certains auteurs peut être employé. Dans les cas graves de fièvre aptheuse, la salive devient acide, dans les cas légers elle devient au moins neutre et ne reste jamais alcaline Mais ces caractères que nous signalons, nul ne les cherche et c est de la meilleure foi du monde que le diagnostic de grippe se trouve porté.

Or, comme ce qui se produit en petit sur un individu s'est produit en grand sur la masse de la population, il est advenu ceci : c'est qu'à mesure que l'épidémie s'est disséminée, les cas observés ont perdu progressivement de leur gravité. En 1900-1901 les fièvres aphteuses ont été toutes éruptives, beaucoup de type purpurique. En 1901-1902, les mêmes cas ont continué à être éruptifs, mais la stomatite concomitante ayant été plus discrète, la plupart de ces formes ont porté l'étiquette rougeole ou scarlatine. Cependant quelques cas discrets comme éruption ont été envisagés comme représentant une fièvre typhoïde à taches rosées confluentes. En 1902-1903, la moyenne des cas a été dépourvue d'éruption et la majorité de ces formes a été rangée sous la dénomination de grippe intestinale ou thoracique, car, à mesure que décroît l'importance des phénomènes intestinaux, s'accroît, bien entendu, la valeur propre, au point de vue du malade, des symptômes thoraciques concomitants qui sont la règle dans toute fièvre aphteuse. Par conséquent, à mesure que le type éruptif s'est effacé, la fièvre aphteuse caractérisée cependant par ses symptômes essen-

tiels s'est confondue avec la grippe tant et si bien que le diagnostic différentiel paraît devenir impossible. Cela est vrai si l'on ne veut envisager dans la grippe que ses symptômes généraux : sa toux quinteuse et pénible, ses manifestations thoraciques ; mais si l'on veut envisager avec plus de soin les symptômes intestinaux toujours existants, on voit que, si le diagnostic différentiel devient impossible, cela tient tout simplement à ce qu'il n'y a pas lieu de différencier, car on arrive alors à une identité absolue de symptômes.

L'étude attentive des signes physiques pouvant servir de barrière entre la fièvre aphteuse et la grippe nous avait conduit à cette conclusion que : en l'absence d'aphtes très nets ou d'éruption sensible, le pointillé lingual, le liseré gingival, l'odeur et l'aspect des selles noires et fétides, ainsi que la réaction salivaire pouvaient servir à reconnaître et à caractériser la fièvre aphteuse.

Or, à notre grand étonnement, quand nous avons vu apparaître les cas de grippe bien nette, bien franche que nous avions appris en 1885 à désigner sous ce nom, nous avons constaté un fait essentiel et capital à savoir : la *constance absolue des phénomènes buccaux et intestinaux dans ces grippes*, et leur identité complète avec ceux que nous avions trouvés dans les fièvres aphteuses indiscutables.

A partir du moment où cette constatation répétée sur des milliers de cas a été définitivement acquise, il n'était plus possible de tracer une limite de séparation entre la grippe et la fièvre aphteuse.

Toutes les grippes présentent en effet des symptômes buccaux et intestinaux absolument semblables à ceux que l'on rencontre dans les fièvres aphteuses types, et la seule différence réside dans le cadre symptomatique qui enveloppe les symptômes buccaux et intestinaux dans les deux cas. Mais ces symptômes buccaux et intestinaux sont précisément ceux qui servent de lien, de substratum fondamental à tous les types de fièvre aphteuse, malgré une polymorphie éruptive assez grande et qui permettent de grouper en une seule description les formes scarlatineuses, rubéoliques, purpuriques, typhoïdes de l'affection animale ou humaine.

Si la fièvre aphteuse s'atténue, les rash, les éruptions tendent à s'effacer ; mais le trouble fondamental et son cortège symptomatique local persiste pour se réduire à une affection gastro-intestinale qui offre tous les caractères de la grippe, tant et si bien que tous les auteurs qui ont étudié la grippe de 1888 ont été unanimes à rapporter à la grippe les phénomènes buccaux observés. C'est ainsi que notre ancien camarade Hugenschmidt a décrit avec beaucoup de soin les accidents buccaux de la grippe, depuis la gingivite simple jusqu'à l'aphte confluent de la stomatite ulcéreuse.

Seulement ces travaux sont le plus souvent considérés comme étant en quelque sorte en marge de la question qui nous occupe, et ils sont peu signalés dans les descriptions classiques. Cependant notre excellent confrère Vidal les rappelle assez longuement dans son article grippe du *Manuel de Médecine*.

Il suffit évidemment de rappeler ces faits pour montrer que dans l'épidémie de 1885 comme dans celle actuellement régnante, la grippe et la fièvre aptheuse se sont tellement confondues, qu'il n'est pas possible de les distinguer l'une de l'autre, soit par leur marche leur évolution ou leurs symptômes. Nous sommes donc invinciblement porté à penser que la grippe n'est que la forme atténuée de la fièvre aphteuse. Cette hypothèse, nous dirions personnellement volontiers cette certitude est d'autant plus vraisemblable, qu'il semble qu'il faille un certain temps pour que l'épidémie animale gagne l'espèce humaine ou d'autres espèces animales comme le cheval, assez réfractaires à cette affection. En effet, dans l'épidémie de 1885 comme dans l'épidémie actuelle, l'éclosion de la grippe a été précédée par des cas bizarres et singuliers analogues à ceux que nous avons décrits dans notre premier mémoire, cas isolés qui diminuent de gravité à mesure que leur nombre augmente.

Cela est si exact que nous avons encore conservé des pièces histologiques provenant de deux cas que nous avions examinés vers 1880 comme aide de clinique bénévole du professeur Sée. L'un, étiqueté scarlatine hémorrhagique, mortel en 48 heures, s'était accompagné d'une éruption vésiculaire intense dont l'appellation exacte ne ferait plus aujourd'hui de doute dans notre esprit. L'autre dénommé fièvre typhoïde ambulatoire à forme anormale, était accompagné de taches rosées presque pétéchiales de confluence assez grande. Dans le premier cas, l'autopsie avait montré dans toute l'étendue de l'intestin des ecchymoses nombreuses. Dans l'autre, la fétidité extrême et la couleur noirâtre du contenu intestinal étaient déjà anormales, mais l'absence d'ulcérations des plaques de Peyer, la présence de quelques petites ulcérations d'un centimètre à deux centimètres, réparties à la fois sur l'intestin grêle et le gros intestin nous avaient fait douter de la réalité du diagnostic porté. Ces ulcérations plates, laissant apercevoir la tunique musculeuse, à bords légèrement arrondis et nettement découpés, à zone vasculaire périphérique très accentuée par ses arborisations multiples nous sont toujours restées présentes à l'esprit comme une observation à classer et à étiquette indéterminée.

Ce n'est qu'en observant les faits actuels que nous avons pu comprendre quelle était la cause vraie des phénomènes observés.

En 1885 comme aujourd'hui, l'éclosion de la grippe, si brusque et si rapide en apparence, a donc été précédée d'une incubation lente, représentée par des formes graves et typiques de fièvre aphteuse qui ont marqué le début vrai de l'épidémie. Puis peu à peu, chez l'enfant, d'abord, chez la femme ensuite, la maladie s'est propagée ; car c'est l'enfant et la femme qui paraissent les plus sensibles à l'action du virus.

Ensuite l'épidémie a fait éclosion quand l'adaptation a été suffisante et l'atténuation assez marquée, et dès lors le type grippe s'est présenté analogue aux descriptions classiques, mais avec persistance des symptômes intestinaux et buccaux caractéristiques.

Faut-il s'étonner que chez l'homme une maladie déjà polymorphe dans l'espèce bovine et ovine soit un peu capricieuse dans ses allures ? L'homme est évidemment plus réfractaire à la fièvre aphteuse que les bovidés et les légères différences entre la description vétérinaire et la description des médecins s'expliquent par ce fait même. D'ailleurs, chez une espèce réfractaire aussi, le cheval, qui a passé longtemps pour incapable de contracter la fièvre aphteuse, on tend aujourd'hui à admettre que la fièvre aphteuse peut l'atteindre.

Bien plus, il semble peu à peu d'après les renseignements qui nous ont été fournis, que l'on tende également aujourd'hui à identifier la fièvre typhoïde du cheval et la fièvre aphteuse, et pour les mêmes raisons qui nous font adopter la conclusion de l'identité de la

fièvre aphteuse et de la grippe. En 1880-1885, des épidémies de ce genre se sont montrées sur le cheval et nous avions nous-même, sur le désir du professeur Raymond tenté quelques recherches bactériologiques d'ailleurs infructueuses, sur une épidémie de cet ordre dans les écuries de Gruber au boulevard Voltaire.

Tous ces faits sont trop concordants, trop probants si on les rapproche, pour ne pas être obligé de constater qu'il y a dans l'étude de la fièvre aphteuse des points très intéressants à élucider, que certainement la fièvre aphteuse présente une parenté étroite avec certaines affections dont la grippe, la rubéole, la suette chez l'homme sont les plus importantes. C'est la conclusion qui ressort de la discussion impartiale à laquelle nous avons consacré ce travail.

Y a-t-il identité absolue ? Nous le pensons, tout en laissant à des travaux postérieurs le soin de le démontrer plus nettement encore. Depuis longtemps déjà cette opinion nous paraissait la plus vraisemblable et nous l'aurions adoptée plus tôt si une objection intéressante, la seule importante à notre avis, ne nous avait arrêté. Cette objection est la suivante : c'est qu'à mesure que la grippe devenait plus fréquente chez l'homme la fièvre aphteuse diminuait chez l'animal. L'avis des vétérinaires que nous avons interrogés tout aussi bien que la lecture de la statistique officielle mettaient avec la dernière évidence cette discordance en parfaite évidence. Ce point essentiel était délicat à résoudre et dans cette dernière année où il s'est accusé avec le plus de netteté, nous avons tenté quelques recherches pour en trouver l'explication.

Le premier fait important que nous avons essayé de dégager est celui du mode de disparition de la fièvre aphteuse dans une localité envahie. Comme dans toute épidémie au début, ce sont les cas graves foudroyants qui surviennent les premiers ; puis ensuite apparaissent les cas moyens qui malgré les mesures prophylactiques, gagnent de plus en plus en étendue. C'est la période épidémique proprement dite. Après un laps de temps plus ou moins long survient la période de déclin dans laquelle les cas observés perdent de plus en plus de leur gravité première. A ce moment les symptômes présentés par l'animal deviennent de plus en plus légers : en première ligne la fièvre, tant et si bien que dans une étable contaminée, un ou deux sujets présentent seuls des symptômes qu'il soit utile de soigner les autres n'ont plus que des symptômes atténués assez légers, apyrétiques, que l'on néglige. Cependant si, comme nous l'avons demandé à des vétérinaires et à quelques cultivateurs, on examine la cavité buccale, on trouve très fréquemment à la base de la langue quelques ulcérations aptheuses bien nettes, mais peu douloureuses, ne gênant point la préhension ou la mastication, ne provoquant point de réaction fébrile. Dès lors ces cas ne nécessitent plus l'intervention du vétérinaire et ne figurent plus dans la statistique du Ministère de l'Agriculture.

Nous avons voulu savoir la fréquence relative de ces cas, et nous avons demandé à un éleveur de nous dresser, sur une étable de 60 têtes cotées comme saines, la statistique de ces formes atténuées. Sur presque tous les sujets quelques symptômes de ce genre persistaient encore. Dix environ étaient nettement atteints et deux ou trois, dont la santé paraissait moins bonne, étaient isolés par précaution. Encore chez ces derniers la situation avait été aggravée par la gravidité ou la parturition. Ces faits montrent donc que dans une contrée atteinte par la fièvre aptheuse, l'épidémie paraît s'éteindre par atténuation successive des symptômes sous l'influence combinée de soins plus assidus et d'une hygiène meilleure, mais sans disparaître totalement. Cependant dans la statistique officielle, la fièvre aphteuse semble disparue, puisque les cas sérieux sont exceptionnels. Cette disparition de la maladie, qui n'est qu'une atténuation en réalité, se manifeste d'autant plus vite que les mesures imposées au cultivateur sont plus sévères et plus rigoureuses.

Il semble donc d'après cela que, à partir d'une certaine diminution dans la gravité des cas observés chez l'animal, l'intervention du vétérinaire et surtout celle des pouvoirs publics est assez vite repoussée, de sorte qu'en réalité si l'on déclare les cas graves de fièvre aphteuse, on considère en réalité comme non existantes les formes atténuées de la maladie au moment même où elle subit sa période d'extension la plus large et la plus complète.

Une seule remarque suffit à montrer combien cette interprétation est exacte. Dans le cours de cette année nous avons noté avec soin les moments où la grippe paraissait subir une recrudescence marquée sous l'influence de conditions climatériques qui la favorisent ou l'aggravent, et nous n'avons pu que remarquer que chaque recrudescence de la grippe était marquée par une réapparition de la fièvre aphteuse sur les divers points de la France. Chose remarquable, dans le même mois où la grippe se réveillait, on voyait apparaître sur toute l'étendue du territoire des cas isolés de fièvre aphteuse, dans des foyers en apparence éteints, depuis la province de Constantine jusqu'en Flandre.

Que conclure de ce fait ? Sinon qu'il persiste dans les agglomérations où la fièvre aphteuse s'est montrée des cas atténués discrets, non justiciables en apparence d'un traitement et d'une prophylaxie quelconque, mais en réalité toujours capables de provoquer dans des circonstances favorables un réveil de l'épidémie. N'y a-t-il pas dans cette marche de l'épidémie bovine une analogie remarquable avec ce qui se présente chez l'homme ? N'existe-t-il point un parallélisme évident entre la marche de la grippe et celle de la fièvre aphteuse ? C'est ce qu'il semble fort difficile de contester.

Par conséquent, après avoir ainsi écarté la seule objection qui pût sembler de nature à justifier la séparation des deux affections considérées, il nous semble plus logique que jamais de pencher en faveur de l'identité des deux affections et de réunir dans un même cadre pathologique non seulement la grippe et la fièvre aphteuse, mais encore la rubéole, la suette picarde, la méningite cérébro-spinale, les fièvres typhoïdes à petites ulcérations, etc.

Toutes ces maladies dont l'ensemble symptomatique reste le même et dont les différences ne consistent qu'en des localisations accidentelles plus ou moins saillantes méritent d'être rapprochées les unes des autres dans une description d'ensemble. Chacune de ces maladies constitue un aspect particulier d'une même affection polymorphe ; mais chez l'animal comme chez l'homme, cette polymorphie ne doit point empêcher de mettre en relief les ressemblances, les concordances qui les unissent.

Ne serait-ce qu'au point de vue de la prophylaxie, il est de la plus haute importance de réunir sur ce sujet le plus grand nombre possible de documents. En attendant que des recherches synthétiques viennent trancher cette question, l'analyse clinique peut permettre à elle

seule d'en ébaucher la solution. C'est dans ce but que nous avons cru devoir publier le résultat de nos observations depuis quatre ou cinq ans, sinon pour résoudre le problème, du moins pour avoir le mérite de le poser.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le rôle des Congrès

Au sujet de l'organisation du Congrès pour la répression de l'Exercice illégal de la Médecine.

Les Congrès ne doivent être ni des Académies, ni des Sociétés avec leurs barrières infranchissables, leur exclusivisme jaloux. On doit y pratiquer non pas le système de la porte fermée ou entr'ouverte, mais bien le régime des portes ouvertes, de l'*open door*, comme disent les aliénistes modernes. Le Congrès doit être un instrument de propagande, un organe de libre discussion. Aux séances où la grande presse doit être conviée, on doit pouvoir parler en toute liberté, sans doute il s'y fera souvent pas mal de réclame ; mais il arrivera que, dans ce tohu-bohu d'idées émises, surnageront quelques vérités que les Académies n'auraient pas voulu discuter ou que les Sociétés les plus indépendantes auraient enterrées dans le cimetière monotone de leurs comptes rendus. Parfois d un Congrès naîtra un courant d'idées, un mouvement d'opinion qui remuera le public, et engloutira un préjugé. Ces quelques avantages suffisent, à nos yeux, pour excuser tous les vices des Congrès et des Congressistes.

La première condition d'un congrès, pour être utile, est d'être largement ouvert à tous ceux qui ont quelque raison pour en faire partie ; la seconde est d'y admettre la libre discussion, quelques opinions subversives dussent-elles même s'y faire place ; la troisième est d'assurer à ce congrès une publicité suffisante pour créer dans le grand public ce mouvement d'opinion capable d'empêcher l'œuvre du congrès de rester lettre morte et sans utilité.

Nul Congrès plus que celui pour la répression de l'exercice illégal de la médecine n'a besoin de remplir ces conditions. Ceux qui ont eu l'idée d'organiser ce dernier Congrès se sont dit : « Avec l'état d'esprit actuel du public, de la presse, peut-être même de la magistrature, la répression de l'exercice illégal de la médecine est insuffisante et illusoire. Personne ne se rend un compte exact de ce qu'il y a de dangereux pour le malade dans toute cette floraison malsaine de réclames charlatanesques. Faisons un Congrès ; dévoilons-y hardiment le péril. La loi sur l'exercice de la médecine, la loi pour la protection de la santé publique sont impuissantes à protéger, demandons, s'il le faut, leur révision. Créons un courant d'opinion.

« Si nous ne triomphons pas du coup, nous aurons néanmoins fait quelque chose, ne serait-ce que convaincre les gens intelligents et de bonne foi. »

L'idée prit corps et un Comité d'organisation se forma. Mais tout le monde n'y fut pas du même avis. « Fermons bien nos portes, dirent certains, n'acceptons que nos amis, traitons nos petites affaires entre nous, en famille. Nos conclusions seront plus facilement adoptées et nous aurons d'autant plus raison que personne ne sera là pour nous contredire. » On objecta que le Congrès serait ainsi sans portée, que les médecins n'avaient pas besoin d'être convaincus des dangers du charlatanisme, que le but du Congrès était justement de faire pénétrer ces idées dans d'autres milieux et qu'en somme, en voulant mettre la lumière sous le boisseau pour la protéger des coups de vent de la libre discussion, on avait quelque chance de lui enlever l'oxygène indispensable et de l'étouffer. Les protestations fort vives de plusieurs futurs congressistes nous donnent à penser que tout le monde n'a pas été convaincu. Les uns ne voulaient au Congrès que des médecins ; les dentistes, les sages-femmes qui, comme les médecins, ont intérêt à voir réformer, ou tout au moins exécuter la loi de 1892, devaient en être bannis.

« Comment disait-on, vous allez convier des dentistes et des sages-femmes, parmi lesquels il en est tant qui pratiquent l'exercice illégal, à assister à un Congrès de ce genre ? Mais devant nos reproches justifiés, que diront-ils ? »

Ce qu'ils y diront, c'est que leurs collègues qui violent la loi ont tort. Ce qu'ils vous expliqueront, c'est que beaucoup de ceux qui exercent illégalement le font souvent sans le savoir et sans se douter de l'incorrection de leur conduite. Et puis ! n'y a-t-il pas des médecins qui se rendent complices d'exercice illégal, qui couvrent les charlatans de leurs diplômes, qui signent les ordonnances des Instituts exotiques de tout genre, où l'on traite les maux les plus divers par correspondance. Eloignerez-vous de votre Congrès pour cela les docteurs en médecine ? Quelles conditions faudra-t-il alors remplir pour s'inscrire ? A qui reviendra la tâche difficile de censeur capable de prononcer pour chaque adhérent le *dignus est intrare* ?

Ayons l'esprit plus large et, si nous jugeons notre cause bonne et utile, ne craignons pas la discussion, n'ayons pas peur de la produire au grand jour ! Il y a assez de grandes et petites chapelles consacrées au culte du dieu *Moi*. Rappelons-nous qu'en demandant la répression du charlatanisme, nous poursuivons une œuvre noble d'assainissement social, que nous ne devons pas rabaisser à un conflit d'intérêts entre quelques professionnels. Ne nous donnons pas la tâche de recommencer les vieilles querelles des Médecins et des Chirurgiens, la lutte épique de la Faculté et des Apothicaires ; même avec l'esprit de Guy Patin nous n'échapperions pas au ridicule, et il tue dans notre pays, surtout à notre époque. J. Noir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 24 décembre.

Fonction adipopexique du foie.

MM. Gilbert et Jomier ont soumis des chiens à divers régimes pendant une semaine au moins et ont apprécié la teneur du foie en graisse sur des coupes colorées à l'acide osmique. Avec le pain et les légumes, cet organe est très pauvre en graisse, il l'est aussi dans le régime mixte (soupe grasse, viande et, légumes), la graisse augmente dans le régime de la viande sans graisse. Dans le régime du lait, beurre et crème, ou le foie est très gras, ou au contraire très maigre. ce qui dépend sans doute de l'état du foie au moment du début du régime.

Dégénérescence de certains nerfs cutanés.

MM. J.-C. Roux et J. Heitz ont observé sur 3 chats, 8 mois après la section de quelques racines postérieures, entre la moelle et le ganglion, quelques dégénérescences à divers degrés d'un petit nombre de fibres nerveuses dans la peau correspondant aux racines sectionnées. En dehors de ces territoires, les nerfs cutanés ne présentent pas d'altération ; les nerfs musculaires étaient intacts. Les fibres dégénérées ne sont ni des fibres centrifuges de racines postérieures, ni des fibres venant des racines antérieures et atteintes par mégarde au cours de l'opération. Les auteurs rechercheront ultérieurement si ces lésions sont constantes dans les mêmes conditions.

Cellules géantes développées dans le foie.

MM. Courcoux et Ribadeau-Dumas ont injecté dans la veine porte le chloroformo-bacille qui détermine dans le foie des tubercules fibro-caséeux. Les cellules géantes sont développées au dépens des endothéliums vasculaires. On trouve aussi des grandes plaques cellulaires à noyaux multiples qui sont constituées aux dépens des canaux biliaires. Le protoplasma des cellules des canaux biliaires s'est fusionné, les noyaux ont proliféré et bientôt une plaque de protoplasma amorphe à noyaux multiples s'est formée qui ne semble pas pouvoir être assimilée aux cellules géantes typiques du follicule tuberculeux. Il est impossible de faire jouer un rôle aux cellules hépatiques dans la formation des cellules géantes.

Toxicité du gaz d'éclairage.

M. Gréhant a recherché le volume de gaz d'éclairage nécessaire pour rendre toxique l'air respiré par les animaux. Des mélanges à 1/10, à 1/30 et à 1/300 ont montré que 10 litres de gaz d'éclairage ajouté à 290 litres d'air constituent un mélange très dangereux pour le chien et pourrait causer la mort d'un homme. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 décembre.

La séance est occupée presque tout entière par diverses élections.

Cependant M. Debove présente le livre de M. Achard sur le chlorure de sodium en pathologie, et le travail de M. Baudoin sur la curieuse coutume sexuelle du maraîchinage en Vendée.

M. Porak lit un rapport sur le service des Enfants-Assistés.

M. Fernet signale la nécessité d'introduire l'alcoolisme, la tuberculose et la syphilis dans les statistiques de mortalité. Celles-ci sont, à cet égard, absolument insuffisantes et incomplètes ; elles indiquent les maladies par organe, mais sont muettes sur l'étiologie. En somme, il faudrait faire pour l'alcoolisme, la syphilis, la tuberculose, ce qu'on fait pour la diphtérie et la fièvre typhoïde, où l'étiquette générale englobe toutes les formes de la maladie.

Election d'un membre associé libre.

Les candidats avaient été ainsi classés :

En 1re ligne, M. Voisin.

En 2e ligne et par ordre alphabétique, MM. Chamberland, M. de Fleury.

En 3e ligne et par ordre alphabétique, MM. Capitan, Castex, P. Janet.

Adjoints à la présentation, MM. J. Bertillon, Gellé, Leudet.

Premier tour de scrutin.

Nombre de votants : 93. Majorité absolue : 47.

MM.	de Fleury........	27 voix
	Voisin...........	26 —
	Chamberland....	19 —
	Castex...........	7 —
	P. Janet..........	6 —
	Leudet...........	6 —
	Capitan..........	1 —
	Bulletin blanc.......	1 —

Deuxième tour.

Nombre de votants : 96. Majorité absolue : 49.

MM.	de Fleury.......	35 voix
	Chamberland....	32 —
	Voisin...........	29 —

Troisième tour.

Nombre de votants : 96. Majorité absolue : 49.

MM.	Chamberland....	53 voix
	de Fleury........	33 —
	Voisin...........	10 —

L'Académie a ensuite procédé au renouvellement partiel :

1° Des commissions permanentes ;

2° Des commissions des correspondants nationaux et étrangers ;

3° De la commission des associés nationaux et étrangers ;

4° Du comité de publication. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 décembre 1904

Corps étrangers de l'œsophage.

M. Sébileau avait, à la séance précédente, présenté l'œsophage d'un enfant mort après avoir avalé un sou. Sur la paroi postérieure on voyait une déchirure produite par le panier de Grœfe qui, d'ailleurs, n'avait pas réussi à attirer le corps étranger. Plus bas, là où le sou s'était arrêté, on voyait sur les deux parois latérales deux plaies produites par les bords même du sou attiré en haut par le panier.

Cette présentation a provoqué une petite discussion.

M. Kirmisson a insisté sur les dangers du panier de Grœfe dus aux aspérités qu'il présente et à son gros calibre, augmenté encore par la mobilité du panier sur sa tige. Le calibre d'un œsophage d'enfant au niveau de la 3me vertèbre dorsale (siège d'élection des pièces de monnaie) varie de 10 à 12 millimètres. Or le sou en a 25 ; donc, celui-ci étant enclavé dans le conduit, il reste en avant et en arrière de lui trop peu de place pour que le panier puisse évoluer. Le calibre de ce dernier est de 19 mm. C'est pour cette raison que M. Kirmisson a présenté, il y a près de six ans déjà, à la Société de chirurgie, un crochet n'ayant que 6 mil. de diamètre et absolument lisse. Il s'en est servi un très grand nombre de fois, et cela sans aucun accident.

M. Félizet prend la défense du panier de Grœfe qu'il faut toujours employer avec la plus grande douceur. Lorsque le corps étranger semble vouloir résister, M. Félizet conseille de pousser une éponge le long de la tige de l'instrument jusqu'à ce qu'elle se mette en contact avec le sou. Cette éponge dilate le conduit et facilite l'ascension du panier et du sou. Les trois corps doivent être retirés simultanément en « train de marchandises ».

M. Walther rapporte le cas suivant, dont il a été témoin il y a quelques années. Une dame avait avalé, en mangeant, un gros morceau de viande qui s'était arrêté dans l'œsophage.

Le médecin appelé tente l'extraction avec le panier de Græfe. Il ne sent pas le corps étranger mais, au moment du

retrait, la malade se rejette violemment en arrière. Quelques heures après, apparaissaient de l'oppression et un emphysème sous-cutané envahissant le cou et les épaules. M. Walther pratique d'urgence une trachéotomie basse, mais la malade, loin d'en être soulagée, respire encore plus difficilement et meurt étouffée au bout de 24 heures. Il s'agissait probablement d'une déchirure bronchique s'étant faite au niveau du hile du poumon, au moment où, le panier accrochant au cartilage aryténoïde, la malade s'était brusquement rejetée en arrière. M. Walther conclut à la nocivité du panier de Græfe.

M. Broca proteste avec énergie. Pour lui, il y a une faute lourde commise par le médecin, car le panier ne doit servir qu'à l'extration des pièces de monnaie.

Au lieu d'une éponge, M. Broca emploie le petit artifice suivant : lorsque le sou est venu accrocher l'aryténoïde, il introduit son index gauche et retire le tout ensemble au bout de son doigt qui a modifié ainsi l'orientation de la pièce.

M. J.-L. Faure s'est servi plus d'une fois du crochet de Kirmisson et s'en est bien trouvé. Il insiste sur ce fait que, dans le cas de M. Sébileau, les plaies latérales ont été produites par les bords même du sou au niveau du contact tangentiel. Aussi, pour les sous datant de 3 à 4 jours, aurait-il tendance à préconiser l'œsophagotomie externe.

M. Jalaguier s'est servi un très grand nombre de fois du panier sans accident. Au moment de l'accrochement de l'aryténoïde, il imprime à l'instrument un petit mouvement de rotation qui facilite l'extraction. Cette manœuvre était jadis conseillée par de Saint-Germain.

M. Sébileau clôt la discussion. Lorsque le corps étranger est en place depuis plusieurs jours, il donnerait la préférence à l'intervention chirurgicale. Dans deux cas où il est intervenu, il a pu constater *de visu* des lésions de la paroi telles que la déchirure aurait été on ne peut plus facile.

La Société procède, en fin de séance, au renouvellement de son bureau pour l'année 1905. Sont élus : MM. Schwartz, président ; Segond, vice-président ; Ch. Nélaton, secrétaire général ; Michaux et Picqué, secrétaires annuels ; Arrou, trésorier et A. Broca, archiviste.

L. Kendirdjy.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 décembre 1904.

Spondylose blennorrhagique.

M. P. Claisse présente un malade, c'est un homme de 38 ans. Sa colonne vertébrale est fortement courbée en avant et presque soudée. Une douleur provoquée par les mouvements occupe toute la hauteur de la colonne et remonte jusqu'aux épaules. A rapprocher du cas de M. P.-Marie, auquel il a donné le nom de spondylose rhizomélique. Dans l'étiologie, on trouve une blennorrhagie tenace et grave.

Auto-inoculation du chancre syphilitique.

M. Queyrat a tenté sur un nombre de malades suffisamment grand de réaliser l'inoculation du chancre syphilitique. Sur 14 malades, trois expériences réussirent.

L'inoculation a été pratiquée cinq à six jours après l'apparition du chancre et 12, 15, 21 jours après, on pouvait constater l'apparition d'une ulcération papuleuse au siège de l'inoculation. Naturellement, l'idée de plaques muqueuses doit être écartée. Cette communication est très intéressante, car jusqu'ici, seul M. Metchnikow a réussi cette expérience sur le singe. M. Danlos insiste surtout sur l'importance de ce laps de temps de 21 jours qui se sont écoulés entre l'inoculation et l'apparition de la papule chancriforme.

Cervelet engagé dans le trou occipital.

M. Faure-Beaulieu rapporte ce cas constaté à l'autopsie chez un malade qui avait présenté de son vivant des signes de la paralysie générale progressive. On trouva : des lésions de méningite postérieure, de la sclérose des cordons postérieurs ; un cerveau congestionné pesant 1575 gr. et écrasant par sa masse et son poids exagéré le cervelet qui s'est trouvé repoussé jusque dans sa portion amygdalienne dans le trou occipital. Fait curieux : la ponction lombaire, malgré de telles lésions méningées, est demeurée négative.

Orifice tricuspide ouvert dans le ventricule gauche ; persistance de canal du Cuvier.

M. Apert présente ce cœur qui appartient à un jeune enfant ayant survécu dix-huit mois.

Paludisme et son traitement par des composés quiniques nouveaux.

M. Comby a obtenu des résultats encourageants, dans un cas de cachexie palustre en administrant un sel qui est un éther éthyl-carbonique de quinine, l'euquinine, et dans un cas d'accès de fièvre tierce un carbonate neutre de quinine. L'avantage de ces deux sels est leur insipidité, passagère pour l'euquinine, permanente pour le carbonate neutre.

B. Tagrine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 24 décembre 1904. — Présidence de M. Tissier.

La séance est ouverte à 4 h. 50. Le procès-verbal de la dernière réunion est adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. le Secrétaire général lit une lettre M. Glénard demandant la correction d'une erreur qui s'est glissée dans le compte rendu de la dernière séance. Cette erreur a déjà été l'objet d'un erratum paru dans le dernier numéro du *Progrès médical* ; la rectification sera faite dans le *Bulletin* de 1904.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels. — Circulaire annonçant le XVe Congrès international de Médecine qui doit s'ouvrir à Lisbonne le 19 avril 1906.

Correspondance manuscrite. — 1° Lettre de l'Université de Toulouse demandant les tomes X et XI des comptes rendus de la Société de médecine de Paris. — 2° Lettre de M. Spyridion Kanellis remerciant la Société de sa nomination au titre de membre correspondant étranger. — 3° Lettre de M. Picqué, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance et priant la Société de vouloir bien remettre à la prochaine réunion la lecture de son rapport sur les titres et travaux de M. Mortier, candidat au titulariat. — 4° Lettre de M. Roché donnant sa démission du membre titulaire ; cette démission est acceptée. — 5° Lettres de MM. Nicolas (de la Bourboule) et Doyon (d'Uriage) exprimant leurs regrets de ne pouvoir assister au banquet de 1905. — 6° Lettre de M. le Dr Arragon, médecin-major à Bastia (Corse), envoyant trois brochures sur l'hygiène des casernes, destinées à concourir pour le Prix Duparque en 1905. M. le Secrétaire général est chargé de répondre à notre confrère que le sujet du concours est *L'Hygiène scolaire* et qu'ensuite, d'après la volonté du fondateur du Prix, les mémoires doivent rester anonymes jusqu'à la fin du concours, donc *inédits*.

M. Godlewski donne lecture d'un travail intitulé :

Angine streptococcique et érythème polymorphe

Ayant eu à soigner un grand nombre d'angines streptococciques avec complication d'érythème polymorphe grave, je crois utile d'en rapporter quelques-unes et d'en tirer des conclusions pratiques.

L'enfant P., âgé de six ans, est pris, le 8 janvier 1897, d'un violent mal de gorge avec frisson, dysphagie, fièvre. Je suis appelé le lendemain matin, 9 ; le petit malade a passé une nuit anxieuse, avec céphalalgie et délire. Les amygdales sont tuméfiées et recouvertes d'une membrane grisâtre, par îlots. Température 40. Prescription : chlorhydrate de quinine, antipyrine, gargarisme à la résorcine, attouchement toutes les heure avec un tampon d'ouate imbibé d'une solution bromophéniquée. Ensemencement des membranes. Le 10, la nuit a été encore agitée, la céphalalgie a diminué, température 40. Les membranes moins épaisses se sont réunies. L'examen bactériologique a montré un nombre énorme de streptocoques. Pas de bacilles de Lœfler. Le 11, nuit meilleure, les membranes persistent, température 39,8. Le 12, température 39,7.

Le 13, température 39,5. Le 14, je vois le malade avec le docteur Sevestre, température 39 ; les membranes se désagrègent, continuation du traitement. Le 15, les membranes ont à peu près disparu, température 38. Le 18, température 37. Le malade paraît guéri ; les nuit sont bonnes. On permet au malade de se lever.

Le 19, je suis appelé en toute hâte. L'enfant a été pris dans la nuit d'une fièvre très violente. Je constate 41 degrés 3. Le malade est comme cloué dans son lit par des douleurs rhumatoïdes qui occupent les articulations des bras et des jambes recouvertes d'érythème polymorphe. Les jours suivants, la température s'est peu à près abaissée, mais le 23 elle était encore à 39,8. Ce n'est que le 27 qu'elle descendit à 37. La convalescence a été longue, difficile. Le malade restait faible sans appétit ; les douleurs rhumatoïdes persistèrent, un mois environ. La guérison ne fut obtenue que par l'exercice au grand air.

Mme G..., 47 ans, tempérament nerveux, est prise, le 6 mars 1896, de frissons et d'angine consécutive. L'examen bactériologique montre une grande quantité de streptocoques ; pas de bacilles de Lœfler, température 40. Les amygdales, très tuméfiées, se couvrent de membranes séparées d'intervalles sains. Les 7, 8 et 9, l'état reste à peu près stationnaire. Le 10, se produit une défervescence, le 12 la température est descendue à 37 et la convalescence paraît établie, quand, le 16, la malade est reprise de fièvre, la température remonte à 40 degrés, des douleurs angoissantes envahissent les articulation des membres, qui deviennent le siège d'un érythème confluent. Les jours suivants, la fièvre s'atténue peu à peu pour cesser complètement le 25. Mais, à cette date, indépendamment des douleurs rhumatoïdes et de l'érythème polymorphe persistant, la malade est prise de troubles du pneumo-gastrique. Inappétence absolue, vomissements, le lait même n'est pas supporté ; il se produit en même temps des irrégularités et des arrêts des battements du cœur, avec anxiété respiratoire. L'amaigrissement devient extrême. Cet état persiste jusqu'au 10 avril. A cette date, la malade est envoyée à la campagne. Là, les troubles gastriques et cardiaques disparaissent, mais l'érythème et les douleurs persistent. La malade, douée d'une grande énergie, malgré les difficultés, se met à marcher en boitant et prend un exercice progressif au grand air. L'intoxication avec ses symptômes, grâce à cet exercice, aux purgations et au régime hydro-lacto-végétarien, finit par céder, mais dura encore une année entière.

I..., âgé de 13 ans, jumeau, est né à sept mois de la vie intra-utérine, avec une rate énorme, tenant la moitié de l'abdomen, sa mère ayant eu pendant sa grossesse des fièvres et des névralgies intermittentes tenaces contractées dans la Touraine. Son enfance avait été très difficile. Doué d'une intelligence supérieure, il avait commencé brillamment ses études et sa santé s'était considérablement améliorée, quand il fut pris, le 9 mars 1897, d'une angine streptococcique confirmée par l'examen bactériologique. Température 40 degrés, membranes grisâtres à la partie postérieure des amygdales. L'angine suivit son cours normal et le 17 le malade entrait dans une convalescence apparente. Le 21, le thermomètre remonte à 40 degrés, et en même temps apparaissent quelques plaques d'érythème polymorphe, aux poignets et à la région lombaire, accompagnées de douleurs rhumatoïdes. La fièvre dura une huitaine de jours, les douleurs et l'éruption persistèrent, mais sans grande violence, tandis que se développaient des troubles gastriques et cardiaques. Anorexie, vomissements, précipitation et faiblesse des battements du cœur. J'eus de nombreuses consultations avec les docteurs Sevestre, Guyot et Landouzy, mais malgré un traitement éliminateur des toxines, malgré des injections sous-cutanées de caféine, de phosphate de soude, des inhalations d'oxygène, l'asthénie cardiaque ne put être vaincue et le cœur cessa de battre le 5 mai. Le transport à la campagne, qui me réussit si bien pour Mme G., avait été conseillé, mais l'enfant avait été trouvé trop faible pour supporter le voyage.

Ces trois observations m'ont paru utiles à connaître. Il existe un érythème polymorphe consécutif à l'angine streptococcique, et plus grave que cette dernière. Cet érythème est dû à la toxine du streptocoque. Il ne survient jamais à la suite de l'angine diphtérique pure, non associée au streptocoque. Sur 24 cas de cette maladie que j'ai soignés avec succès par le sérum antidiphtérique, je n'ai eu à constater d'érythème polymorphe que quand, en même temps que le bacille de Lœfler, on avait constaté du streptocoque. C'est, à mon avis, à tort que l'on attribue à l'injection du sérum antidiphtérique l'érythème polymorphe. Ce dernier m'a paru dans ces cas de moins longue durée et moins grave. Si on le constate plus souvent qu'autrefois, c'est que les malades auparavant succombaient avant l'apparition de l'éruption.

L'indication à remplir dans les érythèmes polymorphes confirmés est le transport des malades à la campagne, la vie au grand air et un exercice progressif. Depuis 1897 j'ai eu à soigner d'autres cas, et j'ai acquis cette conviction qu'il est prudent, dans les angines streptococciques à réaction violente, de faire au début des injections antistreptococciques, et dans les cas de diphtérie associée à la streptococcie, de pratiquer à la fois des injections de sérum antidiphthérique et des injections de sérum antistreptococcique.

M. Dubar. — Je remercie M. Godlewski d'avoir apporté ici les résultats de son étude sur les angines streptococciques. Je lui demande à quel moment on peut faire le diagnostic entre l'érythème polymorphe et le purpura, qui sont des états voisins et apparaissent à la suite des maladies infectieuses, quel que soit le point de départ de l'affection. Je voudrais savoir s'il a noté l'examen des urines chez ses malades, car dans les cas de purpura, l'albuminurie est loin d'être rare. J'ai vu un phlegmon de l'amygdale auquel succéda, après débridement, du purpura accompagné d'albumine. J'ai encore vu le cas d'un homme ayant eu un phlegmon de l'amygdale qui nécessita trois débridements successifs. Ce malade eut ensuite du purpura et présenta de l'albumine dans les urines. Comme on en avait déjà constaté bien avant le début de cette infection, M. Dieulafoy appelé en consultation diagnostiqua un mal de Bright. Pour mon compte, j'émis l'opinion que cette albuminurie serait passagère. Elle dura en effet quatre mois, puis disparut définitivement.

M. Godlewski. — Dans tous les cas que j'ai examinés, il y avait une faible quantité d'albumine dans les urines, mais très faible, à l'état de traces, même dans le cas qui eut une terminaison fatale. Je n'ai pas remarqué de purpura à la suite de l'angine streptococcique dans les conditions que je viens de signaler. En effet, l'érythème polymorphe n'existe pas pendant la période aiguë de l'angine, il ne survient que pendant la convalescence et me paraît tout à fait distinct du purpura.

J'ai vu un cas de purpura phlycténoïde, sans albuminurie, suivi de mort ; il n'y avait pas eu d'angine. Je me demande s'il y a corrélation entre la streptococcie et le purpura, je crois plutôt que celui-ci est sous la dépendance d'un trouble de nutrition générale et qu'il est à rapprocher de l'hémophilie.

Dans les cas que j'ai cités, il semble qu'à un moment donné, la toxine streptococcique, ne pouvant plus faire d'angine, produise de l'érythème polymorphe, que celui-ci dure d'autant moins longtemps qu'il est plus violent et que, lorsqu'il existe, les accidents du côté de l'estomac et du cœur soient bien moins accusés, ce qui semblerait indiquer qu'il se fait par la peau une élimination de toxine. Ainsi, dans le cas où nous avons eu un décès, il n'y avait presque pas d'érythème, mais des troubles effrayants du côté du cœur et de l'estomac.

Des études me paraissent nécessaires pour déterminer les causes du purpura et de l'hémophilie. J'en ai observé des cas très graves dans ma carrière médicale et ce serait rendre un grand service à la science que de trouver, avec les causes, un mode efficace de traitement.

M. MATHIEU MAURICE, lit un travail intitulé :

Injections d'eau de mer ramenée à l'isotonie dans le traitement de la tuberculose aux deuxième et troisième degrés.

Il y a plusieurs années que M. Quinton s'est efforcé de démontrer que l'eau de mer est, pour les cellules de l'organisme, *le milieu optimum d'existence.*

La démonstration du fait biologique étant faite, il n'y avait, pour utiliser l'eau de mer en thérapeutique, qu'un bien petit pas à faire et ce pas fut franchi de bonne heure ; malheureusement, M. Quinton crut utile de faire des injections massives : il fit passer, dans l'organisme des malades qui lui furent confiés, de 500 à 600 grammes d'eau de mer ramenée à l'isotonie en une seule séance d'injection (1). Quelqu'excellents que furent les résultats obtenus par cette méthode, les réactions qui suivirent l'administration de l'eau de mer furent parfois si violentes qu'il semble bien que les praticiens qui connurent les expériences faites ne se crurent pas autorisés à en recommander la généralisation.

D'une façon générale, les malades accusaient dans les quelques heures qui suivaient l'injection une élévation de température pouvant atteindre 40°, des frissons, des maux de cœur, des maux de tête, de l'insomnie, une soif vive (2). En revanche après un ou deux jours, ces mêmes malades qui n'avaient pas quitté leur lit depuis plusieurs semaines se sentaient assez de forces pour descendre plusieurs étages.

Nous avons pensé qu'il y aurait avantage à introduire les injections hypodermiques d'eau de mer dans la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire.

Puisqu'il est manifeste que le bacille de Koch trouve un milieu de culture favorable dans des organismes déminéralisés, soit que cette déminéralisation constitue le terrain propice à la pullulation du bacille, soit que cette même déminéralisation résulte d'une intoxication de l'organisme par les toxines bacillaires, il paraît séduisant d'obtenir la récupération des minéraux disparus en trop grande quantité, en introduisant directement dans la circulation un liquide contenant les éléments les plus utiles à la nutrition et à la vitalité des cellules, leur permettant de résister mieux à l'intoxication, et agissant peut-être comme antiseptique à l'égard de l'élément infectieux.

Pour éviter les inconvénients d'une réaction trop vive, nous avons adopté un mode opératoire différent de de celui de M. Quinton ; nous nous sommes proposé d'injecter à nos malades des doses minimes, mais assez fréquemment renouvelées jusqu'à concurrence du centième du poids du patient. C'est-à-dire qu'une malade pesant 50 kilogs devait recevoir, en un nombre plus ou moins considérable de séances, 500 grammes d'eau de mer ramenée à l'isotonie ; notre intention est de renouveler systématiquement ces séries séparées par des intervalles de repos.

Après divers tâtonnements, nous avons trouvé que le lieu d'élection pour les piqûres est la portion antérieure de l'abdomen, dans l'espace compris entre le rebord des fausses côtes et l'épine iliaque supérieure ; la quantité moyenne de sérum que nous avons injecté en une séance fut de cinquante centimètres cubes pour les adultes et nous avons renouvelé les injections en moyenne tous les deux jours.

(1) « L'eau de mer milieu organique, 1904 ». (L. III, page 411).

(2) *Loco citato*, page 464.

Nous avons fait de nombreuses injections, et nous n'avons jamais eu le moindre accident.

Sur les indications de M. Quinton, nous avons pris des précautions minutieuses pour garder à l'eau de mer ses propriétés. Elle doit être recueillie loin des côtes, par un temps calme (*Loc. cit.*, p. 462.). Elle doit être ramenée à l'isotonie avec une eau distillée chimiquement pure ; l'eau distillée des pharmaciens contient généralement des traces impondérables de cuivre que les réactifs chimiques les plus sensibles sont impuissants à déceler. M. Quinton nous a fait voir que des grains de blé ne poussent pas dans cette eau ; au contraire, les gemmules se développent dans une eau distillée préparée avec des appareils en verre. Nous avons évité aussi de laisser notre sérum marin en contact avec du caoutchouc, cette dernière substance communique au sérum un goût désagréable et les réactifs y peuvent déceler des quantités infinitésimales de sels de zinc.

Notre sérum marin (eau de mer, 1 ; eau distillée, 2) est traité comme un liquide opothérapique (1) ; on le filtre à froid et on le distribue dans des ampoules stérilisées. Nous avons trouvé commode de nous servir d'ampoules auto-injectables ; dans ces conditions nous avons utilisé un liquide vivant, dont les propriétés physiologiques spéciales ne sont comparables à aucune préparation artificielle, car il est impossible de réaliser par synthèse un milieu chimique qui ait les propriétés de l'eau de mer (2).

L'ensemble de nos observations a porté sur quatorze malades. Dans ce total, nous ne pouvons tenir compte d'un certain nombre de cas ; certains de nos malades n'ont pas suivi le traitement avec la régularité désirable ; d'autres ont disparu sans nous faire savoir quel bénéfice ils avaient retiré d'une première série d'injections ; d'autre part, nous avons éliminé celles des observations se rapportant à des malades non manifestement tuberculeux. Nous n'avons retenu que les cas où, après sédimentation, c'est-à-dire chauffage des expectorations des 24 heures avec une solution de potasse et centrifugation nous avons constaté la présence manifeste de bacille de Koch, soit quatre cas.

Ces malades, venus à la consultation de la Maison Nationale de Charenton, sont dans une situation sociale qui leur permet de s'alimenter et, en dehors du traitement, de se soigner d'une façon convenable. Je ne leur ai pas prescrit d'autres médicaments que de l'huile de foie de morue, et de la viande crue.

1° Mme B., 28 ans, 47 kilogs, tousse depuis cinq ans, a eu des hémoptysies, présente des bacilles de Koch dans ses crachats; submatité aux deux sommets, frottements pleuraux, râles humides, caverne au sommet droit.

Estime les injections un peu douloureuses au début, mais supportables ; se trouve plus gaie dès la 3e injection, annonce que son appétit a augmenté à la 7e injection ; à la neuvième injection, elle accuse de l'insomnie, de l'anxiété, de l'agitation avec maux de tête la nuit ; j'interromps.

La malade pèse 47 kilogs 700 ; elle tousse moins, les crachats sont moins abondants et moins purulents, on y trouve cependant encore des bacilles de Kock ; à l'auscultation on n'entend plus de râles ni de frottements pleuraux, les signes cavitaires existent encore cependant ; elle est gaie, a bonne mine et se déclare très satisfaite du traitement.

Après quinze jours, cette malade m'est revenue ; il m'a paru que l'amélioration des signes stéthoscopiques avait persisté mais le poids avait diminué comme l'appétit, et la toux avait

(1) Voir *Archives de Thérapeutique*, n° du 15 oct., « L'eau de mer en thérapeutique », par L. Lematte.

(2) « L'eau de mer milieu organique, page 176 ».

augmenté ; elle même me demanda de recommencer une série d'injections.

2° Mme N., 31 ans, 52 kilog. 500 ; tousse depuis longtemps. Se sait tuberculeuse, se soigne en conséquence. Sueurs nocturnes ; quintes de toux le matin, expectoration purulente ; à l'auscultation frottements pleuraux, respiration prolongée ; signes cavitaires. Bacille de Koch constaté.

Les injections sont douloureuses au début ; elles sont suivies de lassitude, mais d'augmentation de l'appétit ; les sueurs nocturnes ont disparu dès la première.

Après la 10°, j'interromps ; la malade n'a pas augmenté de poids; elle crache moins, elle ne crache que le matin; à l'auscultation on entend encore l'expiration prolongée aux sommets, et les signes cavitaires, les râles et les frottements ont disparu.

3° D., 51 ans, 74 kilog. 200, ajusteur mécanicien ; tousse depuis trois ans ; a eu pleurésie sèche, a craché du sang beaucoup ; bacille de Koch en quantité dans les crachats; à l'auscultation : submatité et expiration prolongée des sommets respiration rude et râles à gauche, caverne à droite.

Crache moins dès la troisième injection, accuse une augmentation d'appétit ; il tousse beaucoup moins, dort mieux et se sent mieux ; il ne transpire plus la nuit, depuis la première injection.

Après 12 injections, le malade n'a augmenté que de 100 grammes, mais il a repris son travail, ses forces sont revenues, il ne tousse qu'en se levant ; les signes stéthoscopiques sont améliorés, sauf les signes cavitaires ; enfin, soit coïncidence, soit effet du traitement, l'examen microscopique nous a révélé dans les expectorations la présence de staphylocoques, de streptocoques et même de tétragène mais nous n'y avons plus trouvé de Koch.

4° L., 31 ans, 61 kilogs, sans profession. Actuellement tousse depuis un an, surtout le matin et le soir, a craché du sang ; crache beaucoup, et n'a plus aucun appétit ; à l'auscultation caverne du côté droit, bacille de Koch en quantité.

Dès la première injection, disparition des sueurs ; à la 4e, le malade déclare qu'il dévore; à la 5e il crache moins.

Après 12 injections, le malade a augmenté de 1 kilogramme il va et vient avec beaucoup de bien-être et de gaîté. il tousse moins et ne crache que très peu, les nuits sont bonnes et l'auscultation ne révèle plus que l'existence d'une caverne dans le poumon droit ; dans les crachats on trouve encore des bacilles de Koch.

De ces faits, il résulte que, dans la tuberculose pulmonaire aux deuxième et troisième degrés, une première série d'injections marines, comme nous proposons de les faire, donne comme résultats immédiats. D'abord la disparition des sueurs et la réapparition de l'appétit : en même temps que le malade se trouve moralement tonifié, l'expectoration diminue et les signes sthétoscopiques s'améliorent, enfin il semble que les malades augmentent généralement de poids. Nous ne pouvons à l'heure *actuelle* que faire des conjectures sur la persistance des bénéfices obtenus, mais, de tous ces résultats, le plus immédiat et le plus utile au praticien nous paraît être cette sensation de bien-être, cette gaîté, cette assurance que les malades acquièrent dès la troisième ou la quatrième injection ; cette modification dans l'état des patients ne fait jamais défaut encore que parfois ils ne s'en rendent pas compte eux-mêmes, et nous ne craignons pas d'insister sur ce symptôme, qui à lui seul suffirait, dans certains cas, à justifier l'institution du traitement par l'eau de mer.

M. Lematte. — Il n'y a aucune analogie, comme effet physiologique, entre le sérum artificiel et l'eau de mer. Celle-ci est un liquide vivant et doit être stérilisé à froid pour avoir des effets marquants. Elle diffère tellement du sérum artificiel qu'elle n'augmente pas l'albuminurie et qu'on peut l'injecter à des brightiques. Cette question mérite d'être étudiée sur les infectés, tuberculeux ou cancéreux.

M. Coudray. — Quels sont les principes actifs de l'eau de mer ?

M. Lematte. — Il est très difficile de les déterminer parmi les trente-trois métaux qui entrent dans la composition de l'eau de mer. M. Quinton est parti de ce point de vue que la cellule ancestrale a vécu dans ce milieu primitif et il admet qu'il peut être employé pour reconstituer les cellules actuellement organisées.

M. Dubar. — On peut aussi bien demander d'ailleurs ce qui agit dans les eaux d'Evian et de Néris et même dans les eaux de Vichy, si c'est bien ce qu'on connaît qui agit.

M. Godlewski. — Précisément, les eaux de Néris ne sont pas potables et pourtant leur action balnéaire sédative est manifeste.

M. Coudray. — Si nous ignorons les principes de son action, il n'en est pas moins vrai que l'eau de mer agit sur l'organisme. Quels sont actuellement les résultats cliniques acquis ?

M. Lematte. — M. Quinton a vu des ulcères syphilitiques rebelles cicatrisés en quinze jours par la simple injection d'eau de mer. Au point de vue de son action, il y a lieu de noter que M. Quinton se refuse à employer de l'eau de mer vieille de plus de quinze jours ou après contact avec un métal ou du caoutchouc.

M. Coudray. — Au point de vue de la tuberculose pulmonaire, spécialement, quels ont été les résultats acquis ?

M. Mathieu Maurice. — Ils sont de trois ordres : une amélioration notable dans les symptômes, une augmentation de poids, une sensation de mieux. M. Quinton n'a agi que sur des malades condamnés, mais il a abandonné les tuberculeux parce que, malgré la survie et la reprise de l'appétit, la terminaison restait fatale.

Pour ce qui est de la syphilis, il faut se rappeler que l'eau de mer contient une certaine quantité de mercure et peut-être sous l'état optimum pour l'assimilation.

M. Margain lit un travail intitulé :

L'Énervement, trouble de l'attention.

Quand, en 1897, je choisis comme sujet de thèse «l'Énervement» rien n'avait encore été publié à ce sujet ; ce syndrome singulier n'avait reçu aucune définition, n'avait été l'objet d'aucune étude. Ce n'était pourtant point une maladie nouvelle, comme l'appelait M. Diday dans son court article du *Lyon médical*. La première objection que me fit le jury, présidé par mon maître M. le professeur Pitres, fut celle-ci : Pourquoi n'avez-vous pas donné de définition de cet état ? Je répondis : « Parce que je n'ai pas fait de chapitre de pathogénie psychologique qui m'eût entraîné trop loin ; mais la conclusion à laquelle je suis arrivé est celle-ci : l'énervement est une maladie de l'attention ». Mes juges parurent un peu étonnés, mais ne me discutèrent point.

Ma conviction n'avait pas changé depuis cette époque et je me promettais de faire quelque jour cette démonstration quand je lus dans le dernier numéro des *Annales médico-psychologiques* un travail de M. Pierre Hospital, ancien médecin en chef de l'établissement d'aliénés de Sainte-Marie à Clermont-Ferrand, travail intitulé : « D'une maladie de l'attention » où il decrit le phénomène suivant : « L'observation minutieuse et soutenue de ces quasi-malades vous permet de constater en eux des bizarreries, des inattentions coupées par des irritations subites en crescendo, souvent en contradiction avec une nature habituellement pacifique et ce, pour des motifs futiles, inexplicables, le tout accompagné de mouvements du visage, des épaules, qui ne sont ni des tics, ni des gestes, mais qui décèlent un état d'impatience contenue ». S'agissait-il du même phénomène ? Je crois que non ; c'est là de l'agacement; l'énervement est autre chose ou du moins un degré en plus. L'affection que décrit M. Hospital a, pour cet auteur, des causes qu'on peut

diviser en deux espèces : « les unes, purement idéales, comme la prise en aversion de quelqu'un, surtout de parents, de conjoint, ou même de certaines choses ; les autres, matérielles, s'adressant à tel ou tel sens, comme bruits, odeur, toucher, vue ». L'auteur cite alors les cas suivants : margrave qu'exaspérait la cloche du couvent voisin, écrivains ne pouvant travailler que dans le silence, officier ministériel qu'un oiseau chanteur voisin empêchait de travailler, jeune femme ne pouvant regarder une image représentant le diable, bien qu'elle sût qu'elle ne considérait que du papier, dame ayant la phobie de la kleptomanie, etc.

Point n'est besoin d'une longue analyse psychologique pour reconnaître qu'ici, chez le même individu, c'est toujours la même cause qui produit le même malaise, qu'il cesse avec la cause ; bien plus, M. Hospital nous apprend que cet agacement disparaît dès que le malade apprend que la cause n'agira plus que peu de temps. Enfin le patient ne s'en prend qu'à l'objet qui l'agace ou aux gens qui, ayant le pouvoir de le faire disparaître, le laissent persister.

Dans l'énervement, rien de tel, la cause peut être variable chez le même individu, l'état morbide persiste après sa disparition, il s'accroît le plus souvent par l'espoir de la cessation rapide de la cause. De plus, la participation organique y est plus considérable.

Cet état est tellement fixe, tellement semblable dans tous les cas, que les nombreuses observations que j'en ai faites depuis 1897 ne m'ont rien apporté de nouveau à ajouter à sa description.

L'accès d'énervement se compose de deux phases, se succédant le plus souvent, mais dans certains cas indépendantes, chacune pouvant constituer seule un phénomène physiologique : la première qui, même isolée, reste encore de l'énervement, la seconde qui, lorsqu'elle est seule, constitue un état de tristesse spontanée qui mérite une description psychologique spéciale.

Le début est difficile à apprécier, il y a un peu d'agitation musculaire, d'instabilité du mouvement, de l'animation du visage, de la mobilité de l'expression. Le rythme respiratoire et le pouls sont accélérés, la force musculaire paraît augmentée, surtout en raison de la diminution des sensations de résistance. L'énervé a un besoin d'activité, de mouvement. « Il va d'un endroit à l'autre, souvent sans but déterminé, le plus souvent même : tourne et retourne, la plupart du temps, sans aucun ménagement, tous les objets qui lui tombent sous la main. S'il est debout, il frappe le sol du pied, s'appuie sur les meubles pour mieux plier les reins ; s'il est couché, il se tourne et se retourne dans son lit, s'étire ..... Le patient est maladroit ; ses gestes mal calculés, mal dirigés, lui font briser les objets fragiles dont il se sert... » Le travail habituel, s'exécutant machinalement, sans participation de l'attention, est facilité, en tant que travail mécanique, du moins. Le travail intellectuel, le travail appliqué, calligraphie, dessin, sont presque impossibles. La sensibilité générale et l'appréciation des résistances sont très diminuées. Du côté psychique on note une dépression de l'attention qui, poussant l'énervé à entreprendre des ouvrages d'ordre très différent, le rend également incapable d'en continuer un seul. On observe un besoin de loquacité qui fait choisir comme interlocuteurs, non seulement des personnes, mais des animaux et des objets inanimés. D'autres analysent à haute voix leur pensée, sans même s'assurer si quelqu'un les épient. Le malade devient irritable, soupçonneux, querelleur. Dans la discussion, il exagère les expressions, cherche à être le plus blessant possible, les tentatives même de conciliation l'irritent.

Parfois il est surtout exubérant, plein d'espoir en des projets hasardeux, mille choses lui semblent faciles à réaliser, tout cela sans conception délirante, sans même une illusion, par simple exagération de l'émotivité cérébrale.

Peu à peu cet excité se fatigue, sa loquacité s'arrête, il paraît inquiet, mécontent et cherche à s'isoler ; une envie croissante et irraisonnée de pleurer apparaît avec sentiment d'oppression, la respiration devient profonde, entrecoupée de soupirs et de bâillements. Le malade s'imagine être très malheureux, abandonné de tous ; il a d'ailleurs le sentiment de sa culpabilité, ce sont les scènes semblables à celle qu'il faisait tout à l'heure qui éloignent tout le monde de lui, car il a eu tort en croyant que tout le monde l'abandonnait, les autres personnes sont bonnes, c'est lui qui les a repoussées. Il pleure, il est prêt à aller implorer son pardon ; mais il n'ose pas, il a besoin d'être consolé. « Je voudrais, disent plusieurs des malades que j'ai observés, trouver à ce moment quelqu'un qui souffre et compatisse et me dise ce que je dois faire dorénavant ». Adieu tous les beaux projets, jamais il n'aura la force de les réaliser et d'ailleurs, la chance hostile le poursuit, il n'arrivera à rien et plongera dans la misère tous les siens qui sont si bons pour lui, alors qu'il est désagréable pour eux.

A n'en pas douter, ceci est bien autre chose que l'agacement décrit par M Hospital, mais la similitude des deux états au point de vue mécanisme psychologique m'a poussé à en faire le rapprochement.

Or, dans quelles conditions se produit l'énervement? Je laisserai de côté ses causes organiques pour ne m'occuper aujourd'hui que de ses causes morales. L'énervement est, en général, corrélatif de l'anxiété ou du surmenage, c'est-à-dire de la tension involontaire ou volontaire de l'esprit, tension persistante sur un point déterminé. Il se produit d'autant plus facilement que l'émotivité est mise en jeu d'une façon plus considérable dans cette tension, c'est dire qu'il est plus fréquent dans l'inquiétude ou l'anxiété que dans le simple surmenage ; il y est surtout plus violent. Il augmente, avons-nous dit déjà, avec la proximité de l'événement attendu, c'est-à-dire à la fois avec l'élément émotif et avec la tension de l'esprit. Enfin dans les cas où l'énervement paraît surtout dû à des erreurs d'hygiène ou à des vices de tempérament et semble indépendant des causes morales, il ne faut pas oublier qu'il y a dans ces mêmes circonstances une hyperémotivité qui amène la concentration de l'attention sur des faits en apparence insignifiants.

Pour nous représenter clairement le rôle de l'élément émotif et de l'attention dans la production de l'énervement, nous devons partir de l'étude du réflexe intracérébral qui constitue la pensée. Si on analyse bien les réflexes dits médullaires, on s'aperçoit que leur description a été singulièrement simplifiée pour les besoins de l'analyse physiologique. En réalité, on ne saurait, chez l'homme normal, les séparer de certains éléments psychiques. C'est ainsi que le réflexe rotulien, par exemple, se compose des éléments suivants : une sensation tactile et une sensation de percussion profonde, cérébralement perçues, une transmission inconsciente médullaire une sensation de contraction musculaire et une sensation de déplacement de la jambe, cérébralement perçues, le jugement psychique sur ces sensations avec fixation dans la mémoire et enfin l'appréciation plus ou moins agréable de ces prescriptions, déterminant parfois à son tour un mouvement de recul, réponse motrice cérébrale, consécutive à la réponse motrice médullaire.

Les réflexes intracérébraux ne sont guère plus compliqués et contiennent des éléments comparables : des sensations ou retour de sensations avec tendance à la reproduction automatique de souvenirs, état émotif plus ou moins accusé, tendance à l'acte, jugement, volition, mouvement volontaire.

Mais dans la conscience, une notion ne reste jamais isolée ; nous ne voyons pas un fruit, sans penser à son goût, au mot dont on le nomme, etc. Il y a donc un accord de représentations, accord qui a toujours une tendance à s'élargir, chaque nouvelle notion rayonnant pour ainsi dire sur d'autres et les rapprochant de la première pour la compléter; de ces nouvelles notions d'apport, certaines formant une combinaison logique, seront, dans le phéno-

mène de l'attention, le centre d'un groupement secondaire à l'exclusion de celles qui n'ont avec l'objet initial aucun rapport logique. Dans l'inattention, dans la rêverie, ce sont, au contraire, celles-ci qui serviront de lien de passage à des idées tout à fait étrangères au point de départ. Or, le phénomène de l'attention, quand il est involontaire, ne se produit qu'à l'occasion d'une appréciation émotionnelle. Donc, plus le sentiment de plaisir ou de déplaisir accompagnant la première notion sera accusé et moins le travail intellectuel aura de tendance à l'oublier pour s'occuper d'un objet différent.

Nous savons de plus que toute représentation psychique jointe à une action émotionnelle s'accompagne d'une tendance à l'acte, l'idée d'adversaire porte à fermer les poings. Cette tendance à l'acte est proportionnelle à l'émotion, l'apparition soudaine d'un objet désagréable amènera presque toujours un geste de menace ou de défense. Mais, de même que dans le phénomène de l'attention, un état émotionnel occupe seul la conscience au détriment des émotions spéciales à chacune des notions d'apport, de même les tendances à l'acte de ces notions secondaires seront annihilées. C'est ce qui fait que, dans un auditoire attentif, toute l'attitude, toute la mimique se borne aux actes facilitant l'exercice des sens récepteurs en jeu et qu'aucun mouvement, aucun geste, ne vient contrarier cette tension de l'esprit.

Il en est de même chez notre patient absorbé ou préoccupé.

Mais, vienne une distraction, c'est-à-dire une perception sans rapport avec l'idée actuelle, mais l'imposant brusquement à la conscience, elle comportera, par une singulière loi de compensation, un état émotionnel beaucoup plus considérable que d'ordinaire ; sa tendance à l'acte sera augmentée dans les mêmes proportions, mais comme elle n'aura pas la tendance absorbante de la notion primitive, elle fera place à d'autres sensations, à d'autres souvenirs, à d'autres combinaisons, toutes se produisant dans une émotivité exagérée quoique decroissante, et amenant par leurs tendances à l'acte proportionnellement exaltées, un singulier état d'agitation. Ce n'est que lorsque la fatigue musculaire et cérébrale aura réduit cette surcharge émotionnelle que tout rentrera dans l'ordre, à moins que, dépassant la limite normale, elle ne transforme l'agitation en un état opposé de dépression et de tristesse, état émotif exagéré encore si l'on veut, mais inverse du précédent au point de vue de sa signification psychologique et de ses conditions de production. A son tour, celui-ci ira en s'atténuant vers la normale.

On peut donc dire que c'est la rupture obligée d'un état attentionnel intense qui détermine la crise d'énervement par survivance de la tension émotive.

C'est, en grand ce qui passe en petit chez les sujets observés par M. Hospital, lesquels ne présentent d'émotivité exagérée que pour des objets fixant leur attention d'une façon spéciale pour chacun d'eux et doivent être tous, d'une façon générale, des émotifs névropathes pour que, sans captation préalable de l'attention par un motif valable, la réaction émotive soit si considérable pour des faits généralement insignifiants.

C'est cette similitude d'origine à des degrés divers que je voulais mettre en évidence, en faisant ressortir aussi l'importance de la survivance émotionnelle et en dégageant, au point de vue clinique, l'énervement tel que je l'ai décrit, de l'agacement dépeint par M. Hospital.

Je profiterai de cette occasion pour relever une erreur que j'ai commise dans ma thèse, en 1897, en disant que la seconde phase de l'énervement ne pouvait exister seule. L'observation m'a démontré depuis qu'il en était autrement en me faisant connaître un nouvel état psychologique que je pense décrire bientôt sous le nom de *Tristesse illogique d'apparence spontanée.*

A cause de l'heure avancée, la discussion de ce travail est reportée à la prochaine séance.

Elections. — M. le Dr Sakorraphos (d'Athènes), est nommé, à l'unanimité, membre correspondant à titre étranger.

La séance est levée à 6 h. 5.

Le secrétaire de service,
Margain.

Erratum.

Dans le numéro du 24 décembre 1904 du « *Progrès médical* », page 504, colonne II, le travail de M. H. Minet (*Soc. de méd. de Paris*), lu à la réunion plénière du 26 novembre, sur *les complications latentes de la blennorrhagie*, a été attribué par erreur à M. Le Fur. — Ce travail ne portait pas de nom d'auteur, d'où embarras, incertitude et finalement méprise de la rédaction du journal.

BIBLIOGRAPHIE

Nietzsche ; par le Dr Möbius, de Leipzig. (Chez Ambrosins Barth, Leipzig, 1904.)

Ce livre de 195 pages est le 5e volume des « Œuvres choisies » de M. Möbius, dont j'ai présenté déjà plusieurs ouvrages (1). Il s'agit d'un bon travail où l'auteur se montre d'une saine logique et d'une sage pondération dans la forme, sans qu'il y ait lieu d'approuver absolument toute sa manière de voir, en acceptant par exemple comme justifiées toutes les preuves que M. Möbius croit trouver dans l'une des productions de Nietzsche (2), pour diagnostiquer la folie de ce grand génie. Au demeurant, l'œuvre est bien conduite et divisée en deux parties. Dans la première, il est question de l'origine de Nietzsche, de sa personnalité ; dans la 2e, de beaucoup la plus importante (page 67 jusqu'à la fin), on suit clairement la maladie du philosophe, les migraines, et le développement de la paralysie progressive. Ce livre est à recommander, comme une des bonnes productions de notre confrère de Leipzig. P. C.

VARIA

Médecins et Sports.

Ainsi que nous l'avons annoncé dans notre no du 17, le jeudi 22 courant, a eu lieu dans la salle des Agriculteurs de France (8, rue d'Athènes), sous la présidence de M. le docteur Just Lucas-Championnière, la conférence, avec démonstrations physiologiques, organisée pour le corps médical par la Société « la Boxe Française ».

Plus de quatre cents docteurs, étudiants et étudiantes, avaient répondu à l'appel des organisateurs. Le conférencier, M. le Dr Peugniez, professeur de clinique chirurgicale à l'école de médecine d'Amiens, a passé les différents sports en revue et constaté que jamais la jeunessse n'a été aussi sportive que maintenant. De nombreuses ligues et sociétés de sports se sont créés à Paris et en province pour développer l'education physique ; et, malgré que l'on n'ait que l'embarras du choix, et peut-être à cause de cela, les parents sont embarrassés dans le choix, pour leur enfant, de tel sport ou de tel autre. Quelques-uns ne font travailler que certains groupes musculaires et n'ont que peu d'influence sur le développement de la cage thoracique et sur l'amplitude de la poitrine. La boxe française parait, au conférencier, l'exercice de choix de l'enfant.

(1) Das Pathologische bei Goëthe (voir *Progrès Médical* 1902, 22 février, 8 et 15 mars). Ueber den physiologischen Wahnsinn des Weibes (*ibid.* 1904, 2 et 16 juillet).
(2) Zarathustra.

Pendant plus d'une heure, le Dr Peugniez a su retenir l'attention de son auditoire sous le charme de sa parole. La société n'a pas pour but de faire des champions, les élèves se bornent à exercer leur machine dans la pratique d'un sport qui développe le sang-froid,le coup d'œil,la hardiesse, tout en restant hygiénique et attrayant. Chaque coup est montré à l'auditoire d'abord par une projection, il est ensuite exécuté par des sujets nus, sur lesquels le conférencier montre les fonctions de chaque muscle dans chacun des mouvements. Quant au danger, on l'écarte par les gants et par l'entraînement methodique. Des enfants, des jeunes filles, le pratiquent, c'est dire qu'il n'est pas dangereux. Des salves d'applaudissements ont souvent interrompu l'orateur et sa péroraison a été accueillie par des bravos prolongés. La démonstration d'une leçon a été faite par le prof. Charlemon et l'un de ses élèves, M. Gremy. fils de l'un des organisateurs de cette charmante soirée. qui s'est terminée par un assaut entre M. Grémy fils et l'un de ses camarades, qui ont recueilli tous deux les applaudissements unanimes de la salle. A. ROUZAUD.

Faculté de médecine de Lyon.

Enseignement préparatoire au concours de l'Ecole du service de santé militaire de Lyon.

La Faculté de médecine de Lyon vient de décider l'institution,dans son sein, d'un enseignement préparatoire à l'Ecole du service de santé militaire.

Cet enseignement comprendra l'étude cursive, mais complète, faite particulièrement en vue de l'examen d'entrée, des différentes matières exigées par le programme officiel : anatomie, histologie, physiologie, chimie biologique, pathologie externe et petite chirurgie, pathologie interne, langue allemamde. Il sera fait par les professeurs titulaires, ou donné sous leur responsabilité, par des agréges, en cas d'empêchement.Du 15 janvier 1905 au 1er juillet, il sera donné ainsi environ 150 leçons-conférences, distribuées comme suit :

Lundi, histologie, M. RENAULT, professeur, 9 h. du matin ; mardi, allemand, M. EHRHARD, professeur. (Faculté des lettres) 8 h. 1/2 du matin ; mercredi, pathologie générale, M. MAYET, professeur, pathologie interne, M. COLLET, agrégé, 9 h. du matin ; jeudi,pathologie externe et petite chirurgie ; M. TIXIER, agrégé, 8 h. 1/2 du matin ; vendredi, chimie biologique, M. HUGOUNENQ, professeur, 9 h. du matin ; samedi, physiologie, M. MORAT, professeur, 9 h. du matin ; samedi, anatomie, M. TESTUT, professeur, 2 h. du soir.

L'intruction spéciale sera donnée à MM. les étudiants en médecine, candidats à l'Ecole du service de santé et inscrits à ce titre à la Faculté de Lyon, sous forme d'enseignement de conférence, calqué sur la préparation bien connue des concours de l'internat de Paris et de Lyon. Les candidats seront exercés à l'exposition, par écrit et orale, des principales questions du programme. Leur travail personnel sera dirigé, surveillé, sanctionné et critiqué par des interrogations et des argumentations. Les questions délicates ou difficiles du programme seront traitées a fond, illustrées par la présentation et l'explication de préparations ou de projections, pour l'exécution desquelles la Faculté de Lyon vient d'organiser un outillage sécial. Pour bénéficier de cet enseignement, les candidats n'auront à acquitter, outre les droits scolaires règlementaires, qu'un droit supplémentaire de 150 francs. (Pour tous les renseignements, s'adresser à M. le professeur Hugounenq, assesseur du doyen, à la Faculté de médecine de Lyon).

ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE NANTES. — M. BUREAU (Gustave-Edouard), docteur en médecine est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et clinique.

M. VIAUD,suppléant des chaires de pharmacie et matière médicale, est chargé, en outre,jusqu'à la fin de l'année scolaire 1904-1905, des fonctions de chef des travaux de chimie.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BESANÇON. — M. SIMON, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppleant des chaires d'anatomie et de physiologie.

FORMULES

XXXIII. — Contre l'urticaire.

Contre les troubles vasomoteurs :

Sulfate de quinine.................. 5 gr.

En 20 cachets, 2 par jour.

Ou :

Ergotine......................... 10 gr.

X gouttes le matin et autant le soir.

Teinture de belladone.......... X à XX gouttes par jour.

Ou :

Sulfate d'atropine................ 1/2 milligr.

2 fois par jour.

Ou d'après BROCQ :

Chlorhydrate de quinine	ââ	0 gr. 05
Ergotine		
Extrait de belladone		0 gr. 002
Excipient et glycérine		q. s.

Pour une pilule ; 8 à 16 par jour, toutes les 2 heures.

Contre la diathèse :

Régime sévère, régime lacté, viandes blanches, fruits cuits, légumes verts cuits, œufs à la coque. Eau vineuse ou bière légère.

Aux arthritiques : alcalins.

Aux dyspeptiques constipés :

Benzonaphtol	ââ	0 gr. 30
Poudre de rhubarbe		
Magnésie calcinée		

Pour 1 cachet. 1 à la fin du repas ou 1/2 heure avant :

Aux diarrheiques :

Benzonaphtol	ââ	0 gr. 30
Salicylate de bimuth		
Craie préparée		

Pour 1 cachet à la fin de chaque repas.

Lotions locales :

Sublimé corrosif	ââ	0 gr. 10
Chlorhydrate d'ammoniaque		
Eau de laurier-cerise		10 gr.
Eau distillée		240 gr.

Actes et thèses de la Faculté de médecine de Paris.

Examens de doctorat. — *Vendredi, 6 janvier 1905.* — 3e (1re partie, Oral) : MM. Kirmisson, Lepage, Cunéo. — 3e (2e partie, Oral) : MM Blanchaad, Roger, Teissier..

Samedi, 7 janvier 1905. — 3e (2e partie) : MM. Cornil, Bezançon, Maillard. — 4e : MM. Gilbert, Dupré, Guiart. — 5e (2e partie, 1re série) : MM. MM. Dieulafoy, Renon, Jeanselme. 5e (2e partie, 2e série) : MM. Raymond, Vaquez, Carnot. — 5e (Obstétrique, 1re partie) : MM. Budin, Demelin, Brindeau.

THÉRAPEUTIQUE

Action de l'hélénine sur le bacille de la tuberculose.

Ainsi que le fait avait été déjà signalé par le Dr de Korab (*Académie des Sciences*, 1882), Pilatte (*Thèse de Montpellier* 1885) a remarque que des quantités minimes d'hélénine suffisaient à empêcher le développement des bacilles tuberculeux. Il faut en conclure que l'hélénine a une puissante action pour empêcher le développement de la phtisie, action qui a eté constatée et admise par MM. Erhard et Cornil et par Hanot (*Traité de la phtisie pulmonaire*). L'hélénine s'administre à la dose de 2 ou 3 globules du Dr Korab par jour.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. le Dr Nicolas, agrégé, est chargé du cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques pendant l'absence de M. Augagneur, député.

ECOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — M. le Dr Delaunay, professeur de physiologie, est nommé, pour une période de trois ans, directeur de ladite Ecole.

NOUVELLES

Natalité de Paris.— Du dimanche 11 décembre au samedi 17 décembre 1904. les naissances ont été au nombre de 966, se décomposant ainsi : légitimes 701, illégitimes 265.

Mortalité a Paris. — Population d'aprés le recensement de 1901 : 2.660.559 habitants. Les décès ont été au nombre de 927, savoir : 472 hommes et 455 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde (typhus abdomin.) : 8. — Typhus exanthématique : 0. — Fièvre intermittente et cachexie palustre : 0. — Variole : 1. — Rougeole : 4. — Scarlatine : 0. — Coqueluche : 2. — Diphtérie et Croup : 0. — Grippe : 6. — Choléra asiatique : 0. — Choléra nostras : 0. — Autres maladies épidémiques : 5. — Tuberculose des poumons : 181. — Tuberculose des méninges : 23.— Autres tuberculoses : 12. — Cancer et autres tumeurs malignes : 53. — Méningite simple : 14. — Congestion hémorrhagique et ramollissement du cerveau : 48. — Maladies organiques du cœur : 69. — Bronchite aiguë : 19. — Bronchite chronique : 22. — Pneumonie : 47. — Autres affections de l'appareil respiratoire : 97. — Affections de l'estomac (cancer exc.) : 7. — Diarrhée et entérite de 0 à 1 an : sein : 6 ; autre alimentation : 10. — Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans : 1. — Hernies, obstruction intestinale : 7.— Cirrhose du foie : 14.— Néphrite et mal de Bright : 30. — Tumeurs non cancereuses et autres maladies des organes génitaux (femmes) : 7. — Septicemie puerperale (fievre, peritonite, phlébite puerperale) : 1. — Autres accidents puerperaux de la grossesse et de l'accouchement : 0. — Débilité congenitale et vices de conformation : 23. — Débilité senile : 40. — Morts violentes : 35.— Suicides : 15.— Autres maladies : 130. — Maladies inconnues ou mal définies : 5.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 67, qui se décomposent ainsi : légitimes 46, illégitimes 21.

Décorations académiques : *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les Drs Martin et Saliège (d'Alger) ; Lestage (médecin de colonisation en Algérie).

Officiers d'Académie. — MM. les Drs Cot (de La Maison-Blanche) ; Denis et Machtou (d'Alger) ; Espérandieu (de Souk-Ahras); Flotard (de Blida) ; Liagre (de Constantine) ; Stumpf (de Mustapha) ; Grucker et Pierre (médecins de colonisation en Algérie) ; Sieur (médecin militaire) ; Petit (médecin de la marine).

Médailles d'honneur aux médecins des enfants-assistés : *Médailles d'argent.*—MM. les Drs Besson (de Montluçon) ; Billiard (de Corbigny) ; Leblanc (de Courçais) ; Sallefranque (de, Saint-Maur-des-Fossés).

Médailles de bronze. — MM. les Drs Dewailly (de Nouvion-en-Ponthieu) ; Duprey (de Château-Chinon) ; Ficheux (de Croisilles); Girard (de Cussy-les-Forges).

Asiles d'aliénés de la Seine. — M. le docteur Lwoff, médecin en chef des asiles de la Seine, directeur de la colonie familiale d'Ainay-le-Château, a été nommé médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Maison-Blanche en remplacement de M. le Dr Taguet, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. le docteur Bonnet, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Saint-Robert, a été nommé médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine et chargé de la direction de la colonie familiale d'Ainay-le-Château en remplacement de M. le docteur Trénel, nommé directeur médecin de l'asile de Moisselle.

M. le docteur Capgras, médecin adjoint de l'asile public d'aliénés de Dury-les-Amiens, a été nommé médecin adjoint à la colonie familiale de Dun-sur-Auron en remplacement de M. le docteur Trénel, promu médecin en chef.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE

En vente aux bureaux du Progrès Médical.

Bourneville. — **Les écoles d'infirmières de Paris 1903-1904.** In-8° de 104 pages.

Lafarge (Georges). — **Une consultation à Bicêtre.** 1 vol. In-8° de 104 pages, avec fig. dans le texte.

Association française de chirurgie. — 17e congrès, du 17 au 22 octobre 1904 à Paris Informations et documents divers. In-8° de 72 pages. Bureaux de l'Association. 1904.

Bourgeois. — Note sur la valeur climatothérapique de Grasse. In-8° de 16 pages. Imbert, à Grasse.

Biaute. — Rapport sur le service médical du quartier d'aliénés de l'hospice général de Nantes. In-8° de 18 pages. Imp. Biroché et Dautais. Nantes.

Monprofit. — Traitement chirurgical de la cirrhose du foie. Communication faite au 17e congrès de l'Association française de chirurgie In-8° de 106 pages. Bureaux de l'Association.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Imprimerie Daix frères, Clermont (Oise)
Maison speciale pour publications périodiques médicales.

TABLE DES MATIERES

Troisième série

TOME XX : 1904 (Juillet-Décembre)

N.-B. — **Rechercher par ordre alphabétique, non seulement dans la succession régulière des lettres, mais aussi aux articles suivants :** Nécrologie, Hôpitaux, etc.

A

B

C

D

E

F

G

H

N

O

P

Q

R

S

T

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES.

Extrait du Catalogue Général du Progrès Médical

BIBLIOTHÈQUE D'ÉDUCATION SPÉCIALE

Publiée sous la direction du Dr Bourneville. Collection d'ouvrages pour l'enseignement, le traitement et l'éducation des enfants anormaux.

I. — **Recueil de mémoires, notes et observations sur l'idiotie**, tome Ier (1772-1840) ; par Bourneville. Un beau volume in-8 de 420 pages, avec 4 planches. — Prix : 7 fr. Pour nos abonnés, 5 fr.

I. — **Rapports et mémoires sur le Sauvage de l'Aveyron, l'idiotie, et la surdité** ; par Itard. Avec une appréciation de ces rapports par Delasiauve. Eloge d'Itard par Bousquet. Préface par Bourneville. Un beau volume de 200 pages avec le portrait du Sauvage. Prix : 4 fr. Pour nos abonnés .... 2 fr. 75

III. — **Rapports et mémoires sur l'éducation des Enfants normaux et anormaux** ; par E. Séguin. Préface par Bourneville. Volume in-8 de XLVIII-380 p. Prix : 10 fr. Pour nos abonnés. 7 fr

IV. — **Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et arriérés** ; rapport fait au Congrès national d'assistance publique (session de Lyon, juin 1894), par Bourneville. Volume in-8 de 246 pages, avec 28 figures. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés .... 2 fr. 50

V. — **Manuel des méthodes d'enseignement spéciales pour les enfants anormaux** (Aveugles, Sourds-Muets, Bègues, Idiots, etc., etc.) ; par Hamon du Fougeray et Couetoux, volume in-8 de XX-288 pages avec 35 figures. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés .... 3 fr. 50

VI. — **Alphabet du dessin pour les enfants arriérés** ; par Mme P. Bru-Thiellay. In-8° de 158 p. avec 19 pl. et 127 fig. — Prix : 4 fr.

VII. — **Assistance et traitement des idiots, imbéciles, débiles, dégénérés amoraux, crétins, épileptiques (adultes et enfants); Assistance et traitement des alcooliques. Colonies familiales.** par Pornain. avec une préface de M. le Dr Magnan. Un volume in-8 de IV-215 pages. — Prix : 5 fr. Pour nos abonnés.. 3 fr. 50

VIII. — **Nouvelle méthode pour l'enseignement de la lecture à l'usage des enfants arriérés ou présentant des troubles de la parole** ; par Joseph Boyer. Edition illustrée de 150 fig., par Jacquin fils. Petit in-8 de VII-88 pages. Prix : 4 fr. Pour nos abonnés, 3 fr.

IX. — **Le dressage des jeunes dégénérés ou orthophrénopédie** : par le Dr H. Thulié. Un volume in-8 de IV-678 pages, avec 53 figures. — Prix : 8 fr. Pour nos abonnés.................. 6 fr.

BIBLIOTHÈQUE DIABOLIQUE (Collection du Dr Bourneville).

I. Le Sabbat des sorciers ; par Bourneville et Teinturier. Brochure in-8 de 40 pages, avec 25 figures dans le texte et une grande planche hors texte. Papier velin, prix : 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr. 50. — Parchemin, prix : 4 fr. — Pour nos abonnés, 3 fr. — Japon, prix : 6 fr. — Pour nos abonnés, 5 fr.

II. Françoise Fontaine. - Procès-verbal fait pour délivrer une fille possédée par le malin esprit à Louviers, par Bénet. — Velin, prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés, 3 fr. — Parchemin, prix : 4 fr. 50. — Pour nos abonnés, 3 fr. 50. — Japon, prix : 6 fr. — Pour nos abonnés, 5 fr.

II. Jean Wier. — Histoires, Disputes et discours des illusions et impostures des Diables, etc., par Jean Wier. — Deux volumes compacts formant ensemble 1.297 pages. — Prix des deux volumes : Velin, 15 fr. — Pour nos abonnés. 12 fr. — Parchemin, 20 fr. — Pour nos abonnés, 15 fr. — Japon, 25 fr. — Pour nos abonnés, 20 fr.

IV. La possession de Jeanne Fery. — Velin, 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr. 50. — Parchemin, 4 fr. — Pour nos abonnés, 3 fr. — Japon, 6 fr. — Pour nos abonnés, 5 fr.

V. Sœur Jeanne des Anges, supérieure des Ursulines à Loudun, par Legué et Gilles de la Tourette. — Velin, 6 fr. — Pour nos abonnés, 5 fr. — Parchemin, 10 fr. — Pour nos abonnés, 8 fr. — Japon, 15 fr. — Pour nos abonnés, 12 fr.

VI. Procès de la dernière sorcière brûlée à Genève le 6 avril 1652, par Ladame. — Velin, 2 fr. 50. — Pour nos abonnés, 2 fr. — Parchemin, 3 fr. 50. — Pour nos abonnés, 3 fr. — Japon, 5 fr. — Pour nos abonnés, 4 fr.

VII. Barbe Buvée, en religion sœur Sainte-Colombe. et la prétendue possession des Ursulines d'Auxonne (1658-1663). Etude historique et médicale, par le Dr S. Garnier, avec une préface du Dr Bourneville. — Volume in-8 carré de XVII-96 pages. — Velin, 3 fr. — Hollande, 6 fr. — Japon, 6 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr. 50; 3 et 5 fr.

VIII. La foi qui guérit, par J.-M. Charcot, in-8 carré de 48 pages. — Vélin, 2 fr. — Pour nos abonnés, 1 fr. 50. — Hollande, 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr. 50 — Japon, 4 fr. — Pour nos abonnés, 3 fr.

IX. L'hystérie de Sainte-Thérèse, par le Dr Rouby. — Un volume in-8° de 41 p.— Vélin, 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr. 50. — Parchemin, 4 fr. Pour nos abonnés, 3 fr. — Japon, 6 fr. — Pour nos abonnés, 5 fr.

Prix de la collection pour nos abonnés seulement : Velin **33 fr. 50.**
Parchemin : **44** fr. Japon : **64** fr. La « bibliothèque diabolique » ne se vend que par collection, sauf l'hystérie de Ste-Thérèse.

BOURNEVILLE. Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.
Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre.

Tome I (1880). Publié avec la collaboration de M. d'Ollier, in-8 de 74 pages. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés.............. 2 fr.

Tome II (1881). — Publié avec la collaboration de MM. Bonnaire et Wuillamier, volume in-8 de XVI-172 pages, avec 7 planches hors texte. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés.................. 4 fr.

Tome III (1882). — Publié avec la collaboration de MM. Dauge et Bricon, volume in-8 de XXIV-162 pages, avec 15 figures. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés.............................. 2 fr. 75

Tome IV (1883). — Publié avec la collaboration de MM. Boutier, Bonnaire, Leflaive, P. Bricon et Seglas, volume in-8 de XXXII-151 pages, avec 2 planches hors texte et 5 fig. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés.................................. 3 fr. 50

Tome V (1884). — Publié avec la collaboration de MM. Budor, Dubarry, Leflaive et Bricon, volume in-8 de LXXVI-188 pages. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés.......................... 4 fr.

Tome VI (1885). - Publié avec la collaboration de MM. Courbarrien et Séglas, volume in-8 de LXII-63 pages avec 7 figures. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés....................... 2 fr. 50

Tome VII (1886). — Publié avec la collaboration de MM. Isch-Wall, Baumgarten, Pilliet, Courbarrien et Bricon, volume in-8 de 300 pages, avec 3 plans, 25 figures et 5 planches en phototypie hors texte. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés.................. 4 fr.

Tome VIII (1887). - Publié avec la collaboration de MM. Sollier, Pilliet, Raoult et Bricon, volume in-8 de LX-264 pages, avec 27 figures. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés.............. 3 fr. 50

Tome IX (1888). — Publié avec la collaboration de MM. Courbarrien, Raoult et Sollier, volume in-8 de LIX-92 pages. — Prix : 3 fr. 50. Pour nos abonnés.................................... 2 fr. 50

Tome X (1889). — Publié avec la collaboration de MM. Sollier et A. Pilliet, volume in-8 de LVI-188 pages, avec 22 figures et une planche chromo-lithographique. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés.. 3 fr. 50

Tome XI (1890). — Publié avec la collaboration de MM. Camescasse. Isch-Wall, Morax, Raoult, Séglas et P. Sollier, volume in-8 de C-252 pages, avec 16 figures et 10 planches hors texte. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés.............................. 4 fr.

Tome XII (1891). — Publié avec la collaboration de MM. Banzet, Finet, Isch-Wall, Raoult, R. Sorel et P. Sollier, volume in-8 de VII-142 pages, avec 14 figures et 2 planches hors texte. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés.............................. 3 fr. 50

Tome XIII (1892). Publié avec la collaboration de MM. Dauriac, Ferrier et Noir, volume in-8 de CXII-368 pages, avec 37 figures et 15 planches. —Prix : 7 fr. — Pour nos abonnés............ 5 fr.

Tome XIV (1893). — Publié avec la collaboration de MM. Boncour, Cornet, Lenoir, J. Noir et P. Sollier, volume in-8 de LXIX-384 pages, avec 83 figures et 1 plan. — Prix : 7 fr. — Pour nos abonnés.. 5 fr.

Tome XV (1894). — Publié avec la collaboration de M. J. Noir, volume in-8 de LXIV-151 pages, avec 8 figures et 4 planches. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés................................ 3 fr. 50

Tome XVI. (1895). — Publié avec la collaboration de MM. Boncour, Comte, Dardel, Dubarry, Leriche, Lombard, Noir (J.), Pilliet, Ruel, Sollier et Tissier, volume in-8 de LXXI-254 pages, avec 31 figures et 8 planches. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés.. 4 fr.

Tome XVII (1896). — Publié avec la collaboration de MM. Mettetal, Noir (J.), Regnault, Rellay, Vaquez et Boyer (J.), volume in-8 de C-272 pages, avec 41 figures et 9 planches. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés.. 4 fr.

Tome XVIII (1897). — Publié avec la collaboration de MM Dardel, Jacomet, Mettetal, Noir (J.), Philippe, Rellay, Schwartz, Tissier et Wuillaumier, volume in-8 de LXXXIV-228 pages. — Prix : 7 fr. — Pour nos abonnés.. 5 fr.

Tome XIX (1898). — Publié avec la collaboration de MM. Cestan, Chapotin, Katz, Noir (J.), Philippe, Sébileau et Boyer (J.), volume in-8 de XCII-236 pages. — Prix : 7 fr. — Pour nos abonnés. 5 fr.

Tome XX (1899). — Publié avec la collaboration de MM. Bellin, Boyer, Chapotin, Dardel, Katz, Noir (J.), Paul-Boncour et Poulard, volume in-8° de CLXXXIII-260 pages, avec 70 figures et 13 planches. — Prix : 8 fr. — Pour nos abonnés.................. 6 fr.

Tome XXI (1900). —Publié avec la collaboration de MM. Crouzon, Dionis du Séjour, Izard, Laurens, Paul-Boncour, Philippe et Oberthur, volume in-8 de CVIII-210 pages, avec 19 figures et XI planches hors texte. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés..... 4 fr.

Tome XXII (1901). — Publié avec la collaboration de MM. Ambard, Boyer (J.), Crouzon, Morel (L.), Paul-Boncour. Philippe et Oberthur, volume in-8 de XCII-236 pages. — Prix : 6 fr. Pour nos abonnés.................. 4 fr.

Tome XXIII (1902). — Publié avec la collaboration de MM. Ambard, Berthoud, Blumenfeld, Boyer (J.), Crouzon, Lemaire. Morel (L.), Oberthur, Paul-Boncour, Philippe et Poulard, volume in-8° de CXX-304 pages avec 38 figures et 10 planches. Prix : 7 fr. Pour nos abonnés.............................. 5 fr.

Prix de la collection complète, 120 fr. Pour nos abonnés, 80 fr.

Extrait du Catalogue Général du Progrès Médical

ARTHAUD (G.). **Etude sur la tuberculose.** 1re SÉRIE, 1890-1898. Volume in-8 de IV-160 pages, avec 17 figures dans le texte. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés .... 3 fr.

BOULLENGER. **De l'action de la glande thyroïde sur la croissance.** Brochure in 8 de 45 pages, avec 1 planche hors texte. — Prix 3 fr. — Pour nos abonnés .... 2 fr.

BIBLIOTHÈQUE D'ÉDUCATION SPÉCIALE. *Voir* BOURNEVILLE, BRU-THIELLAY, HAMON DU FOUGERAY et COURTOUX, ITARD, PORNAIN, SEGUIN, THULIÉ (H.).

BOURNEVILLE. **Histoire de la fondation Vallée.** Brochure in-8 de 72 pages, avec trois plans. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés 1 fr. 50

BOURNEVILLE. **Rapport sur l'organisation du personnel médical et administratif des asiles d'aliénés**, présenté à la Commission ministérielle chargée d'étudier les réformes que peuvent comporter la législation et les règlements concernant les asiles d'aliénés. Brochure in-8 de 22 pages. — Prix : 1 franc. — Pour nos abonnés .... 70 c.

BOURNEVILLE. **Rapport sur l'assistance des enfants idiots et dégénérés**, au Congrès national d'assistance de Lyon, 1894. Volume in-8 de 135 pages.— Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés 1 fr. 75

BOURNEVILLE. *Hôpital Laënnec.* — Rapport avec *notice historique*, présenté au Conseil municipal de Paris, sur un projet de travaux d'appropriation à exécuter dans les bâtiments de la communauté pour le logement des sous employés laïques. — Brochure in-4 carré de 16 pages. — Pour nos abonnés .... 1 fr.

BOURNEVILLE. *Clinique d'accouchements.* — Rapport avec *notice historique*, présenté au conseil municipal de Paris sur l'ameublement de la nouvelle clinique d'accouchements, rue d'Assas. — Brochure in-4 carré de 28 pages .... 1 fr. 50

BOURNEVILLE. *Hôpital Necker.* — Rapport avec *notice historique*, présenté au Conseil municipal de Paris, sur la construction d'un bâtiment pour le service des morts et d'un autre bâtiment pour le service des remises. — Brochure in-4 de 28 pages 1 fr. 25

BOURNEVILLE. *Hôpital Lourcine.* — Rapport avec *notice historique*, présenté au Conseil municipal de Paris, sur la reconstruction des bains de l'hôpital. — Brochure in-4 carré de 24 pages. — Prix .... 1 fr. 50

BOURNEVILLE. *Hôpital Saint-Louis.* — Rapport avec *notice historique*, présenté sur différents travaux à exécuter à l'hôpital Saint-Louis. — Brochure in-4 carré de 40 pages. — Prix.. 2 fr.

BOURNEVILLE. *Hopital Saint-Antoine.* — Rapport avec *notice historique*, sur différents travaux à exécuter à l'hôpital Saint-Antoine. — Brochure in-4 carré de 36 pages. — Prix....... 1 fr. 75

BOURNEVILLE. **Laïcisation de l'Assistance publique.** Conférence faite à l'Association philotechnique le 26 décembre 1880. Brochure in-8 de 23 pages. — Prix .... 75 c.

BOURNEVILLE. **Mémoire sur l'inégalité de poids entre les hémisphères cérébraux des épileptiques.** Brochure grand in-8 de 8 pages. —Prix : 50 c. — Pour nos abonnés .... 35 c.

BOURNEVILLE. (**Rapport présenté par**), **au nom de la 8e commission du Conseil municipal.** (*Assistance publique, Mont-de-Piété*), **sur les dépenses de l'Assistance publique pour 1882.** (Projet de Budget, chap. XXI, chap. XX, art 10, et Projet de Budget spécial de l'Assistance publique.). Brochure in-4 de 111 pages. — Prix .... 2 fr. 50

BOURNEVILLE. **Rapport sur l'Asile de Villejuif de 1891 et le Budget de 1892.** (Rapport sur la modification demandée par l'Administration au programme de l'Ecole départementale d'infirmiers et d'infirmières de l'Asile clinique, pour l'obtention du diplôme. Rapport sur le projet de statuts d'une Société de patronage des aliénés sortis guéris des Asiles d'aliénés de la Seine. Discours prononcés à la distribution des prix de l'Ecole d'infirmiers et d'infirmières de l'Asile clinique) Brochure in-4 de 53 pages. — Prix : 1 fr. 50 c. Pour nos abonnés. 1 fr.

BOURNEVILLE. **Le Service des aliénés dans le département de la Seine.** (Conférence faite le 16 janvier 1892 pour la Bibliothèque, du Ve Arrondissement à la salle des fêtes de la Mairie.) Brochure in-8 de 20 pages. — Prix : 60 c. — Pour nos abonnés .... 45 c.

BOURNEVILLE. Voir *Bibliothèque d'éducation spéciale.*

BOURNEVILLE. **Rapport sur le projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, présenté au Conseil supérieur de l'Assistance publique.** Volume in-4 de LXVII-34 pages. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés .... 2 fr.

BOURNEVILLE. **Le choléra à l'hôpital Cochin.** (Etude clinique.) Paris, 1865. Brochure de 48 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés .... 50 c.

BOURNEVILLE. **Mémoires sur la condition de la bouche chez les idiots**, suivi d'une étude sur la médecine légale des aliénés Paris 1863. Grand in-8 de 28 pages deux colonnes. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés .... 50 c.

BOURNEVILLE. **Etienne Dolet. sa vie, ses œuvres, son martyre.** Conférence faite le 18 mai 1889, à la mairie du Ve arrondissement de Paris, à l'occasion de l'inauguration de la statue d'Etienne Dolet sur la place Maubert. Brochure in-8 de 40 pages. — Prix .... 1 fr.

BOURNEVILLE. **Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et arriérés.** Rapport fait au Congrès national d'assistance publique (Session de Lyon, juin 1894). Volume in-8 de 246 pages, avec 28 figures. — Prix : 3 fr. 50. Pour nos abonnés.... 2 fr. 50

BOURNEVILLE. **Louise Lateau ou la stigmatisée belge.** In-8 de 88 pages, avec une belle eau-forte et 2 figures sur bois de P. Richer. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés, 1 fr. 50.

BOURNEVILLE. **Création de Sociétés de patronage pour les aliénés sortant des asiles,** (Rapport présenté au Conseil supérieur de l'Assistance publique.) Volume in-4 de 92 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés .... 1 fr. 75

BOURNEVILLE. **De la température centrale dans l'épilepsie** Brochure in-32 de 15 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés .... 30 c.

BOURNEVILLE. **Crânes et cerveaux d'idiots : craniectomie.** Brochure in-8 de 48 pages, avec figures. — Prix: 1 fr. 50. — Pour nos abonnés .... 1 fr.

BOURNEVILLE. **Enseignement professionnel des Infirmières. — Laïcisation de l'Assistance publique. Les écoles d'infirmières de Paris 1898 à 1902.** Un volume in-8° de 330 pages. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés .... 2 fr. 50

BOURNEVILLE. **Assainissement de la Seine. Rapport sur les champs d'épuration de Gennevilliers en 1897.** Brochure in-8 de 12 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés .... 30 c.

BOURNEVILLE. **Rapport au Comité d'hygiène publique de France sur l'infection de la Seine à Bougival (1898).** Brochure in-8 de 16 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés .... 35 c.

BOURNEVILLE. **Assainissement des villes. Distribution d'eau de source pour la ville de Royan.** Rapport présenté au Comité consultatif d'hygiène de France, 1896. Brochure in-8 de 20 pages. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés .... 50 c.

BOURNEVILLE. **Rapport sur l'utilisation agricole des eaux d'égoût et l'assainissement de la Seine** ; présenté à la *Chambre des Députés.* Irrigation de Gennevilliers, irrigation projetée d'Achères et des sondages dans la forêt de Saint-Germain. — Volume in-4 de 165 p. Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés .... 2 fr.

BOURNEVILLE. **Conférence sur l'assainissement de Paris et de la Seine.** Extrait du *Bulletin de la société centrale du travail professionnel* (numéro du 5 mai 1883). Brochure in-8 de 27 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés .... 70 c.

BOURNEVILLE. **Le tout à l'égout et l'assainissement de la Seine.** Brochure in-8 de 31 pages. Prix 1 fr. — Pour nos abonnés. 70 c.

BOURNEVILLE. **Histoire de la Section des enfants de Bicêtre,** *2e édition*, volume in-8 de 137 pages, avec 11 figures et un plan hors texte. — Prix : 3 fr. 50 — Pour nos abonnés .... 2 fr 75.

BOURNEVILLE. **Notes et observations cliniques et thermométriques sur la fièvre typhoïde.** Vol. in-8 compact de 80 pages, avec 10 tracés en chromolithographie.—Prix : 3 fr.—Pour nos abonnés 2 fr.

BOURNEVILLE. **Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière** (7e édition), publié avec la collaboration de MM. E. Brissaud, Budin, P. Cornet, P. Keraval, G. Maunoury, Monod, J. Noir, Poirier, Ch.-H. Petit-Vendol, Duret, Pinon, P. Regnard, Sevestre, Sollier, Viron, P. Yvon et Mme Edwards-Pilliet. Cet ouvrage, *adopté par les Ecoles Départementales et Municipales d'Infirmiers et d'Infirmières du département de la Seine*, est divisé en cinq volumes :

Tome I : Anatomie et Physiologie. Prix .... 1 fr. 25
Tome II : Administration et comptabilité hospitalières. Prix : 1 fr. 25
Tome III : Pansements. Prix .... 2 fr. 50
Tome IV : Femmes en couches. Soins à donner aux aliénés. Médicaments. Petit dictionnaire .... 1 fr. 25
Tome V : Hygiène. Prix .... 1 fr. 25
Les 5 volumes réunis. Prix : 7 fr. 50. — Pour nos abonnés. 6 fr.

BOURNEVILLE. **Trois cas d'idiotie myxœdémateuse traités par l'ingestion thyroïdienne.** Brochure in-8 de 28 pages, avec 14 figures et une planche hors texte. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés .... 90 c.

BOURNEVILLE. *Lettre à M. Charles Dupuy, Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur, sur la* **Création de Classes spéciales pour les Enfants arriérés.** Brochure in-8 de 32 pages avec un tableau hors texte. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés .... 1 fr.